

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

N°.....

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

Jean-André JOUBLIN

né le 14 juillet 1912, à Paris

Croix de Guerre (Mai 1940)

Interne des Hôpitaux de Paris (Major d'Internat)

DE LA

VALEUR PATHOLOGIQUE

DU

DIVERTICULE DUODENAL

à propos de trois cas inédits

Président : M. LOEPER, Professeur.

PARIS

Librairie LOUIS ARNETTE

2, rue Casimir-Delavigne

1941

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

Jean-André JOUBLIN

né le 14 juillet 1912, à Paris

Croix de Guerre (Mai 1940)

Interne des Hôpitaux de Paris (Major d'Internat)

DE LA
VALEUR PATHOLOGIQUE
DU
DIVERTICULE DUODENAL

à propos de trois cas inédits

Président : M. LOEPER, Professeur.

PARIS

Librairie LOUIS ARNETTE

2, rue Casimir-Delavigne

1941

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLÉRY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BÉNARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique Médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAÎTRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.
BERNARD (E.).	Pathologie médicale.
BEZANÇON (J.).	Hydrologie.
BONNET	Bactériologie.
BOULANGER ..	Chimie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BROUET	Pathologie médicale.
BULLIARD ...	Histologie.
CACHERA	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.
COSTE	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger)	Urologie.
DEJARUE ...	Anatomie pathologique.
DELAY	Pathologie médicale.
DEGREZ (H.)..	Physique.
DESOILLE ...	Médecine légale.
DIGONNET ..	Obstétrique.
DOGNON	Physique.
FEVRE.....	Pathologie chirurgicale.
FUNCK-BREN- TANO.....	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD ...	Parasitologie.
GARCIN	Pathologie médicale.
M ^{me} GAUTHIER- VILLARS ...	Anatomie pathologique.
N...	Physiologie.
DE GENNES ..	Pathologie médicale.

MM.

GIROUD	Histologie.
HAGUENAU ..	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOL..	Obstétrique.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LENÈGRE	Pathologie médicale.
M ^{me} J. LÉVY..	Pharmacologie.
MARCHAL ...	Pathologie médicale.
MÉNÉGAUX ..	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ..	Pathologie médicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PATEL	Pathologie chirurgicale.
PETIT-DUTAIL- LIS	Pathologie chirurgicale.
RENARD	Ophtalmologie.
RICHET	Physiologie.
SÈNEQUE	Pathologie chirurgicale.
SICARD	Pathologie chirurgicale.
SOULIE	Pathologie médicale.
SUREAU	Obstétrique.
TURPIN	Pathologie médicale.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY- BERT	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER.	Pathologie chirurgicale.
HUGUENIN....	Anatomie pathologique.

MM.

	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER ..	Obstétrique.
NEVEU- LEMAIRE ..	Parasitologie.
PIEDELIEVRE.	Médecine légale.
VAUDESCAL .	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	Clinique médicale.	BASSET.	Clinique chirurgicale
BRULÉ.		BROCQ.	
CATHALA		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
CHEVALLIER		DE GAUDART	
ONZELOT.		D'ALLAINES.	
DUVOIR.		FEY.	
GASTINEL		LEVEUF.	
LAROCHE (G.).		MOULONGUET.	
MOREAU		MOURE.	
LIAN.		QUÉNU.	
SÉZARY.			
	MM.		
	ECALLE.		Clinique obstétricale.
	METZGER.		
	PORTES.		
	VIGNES.		

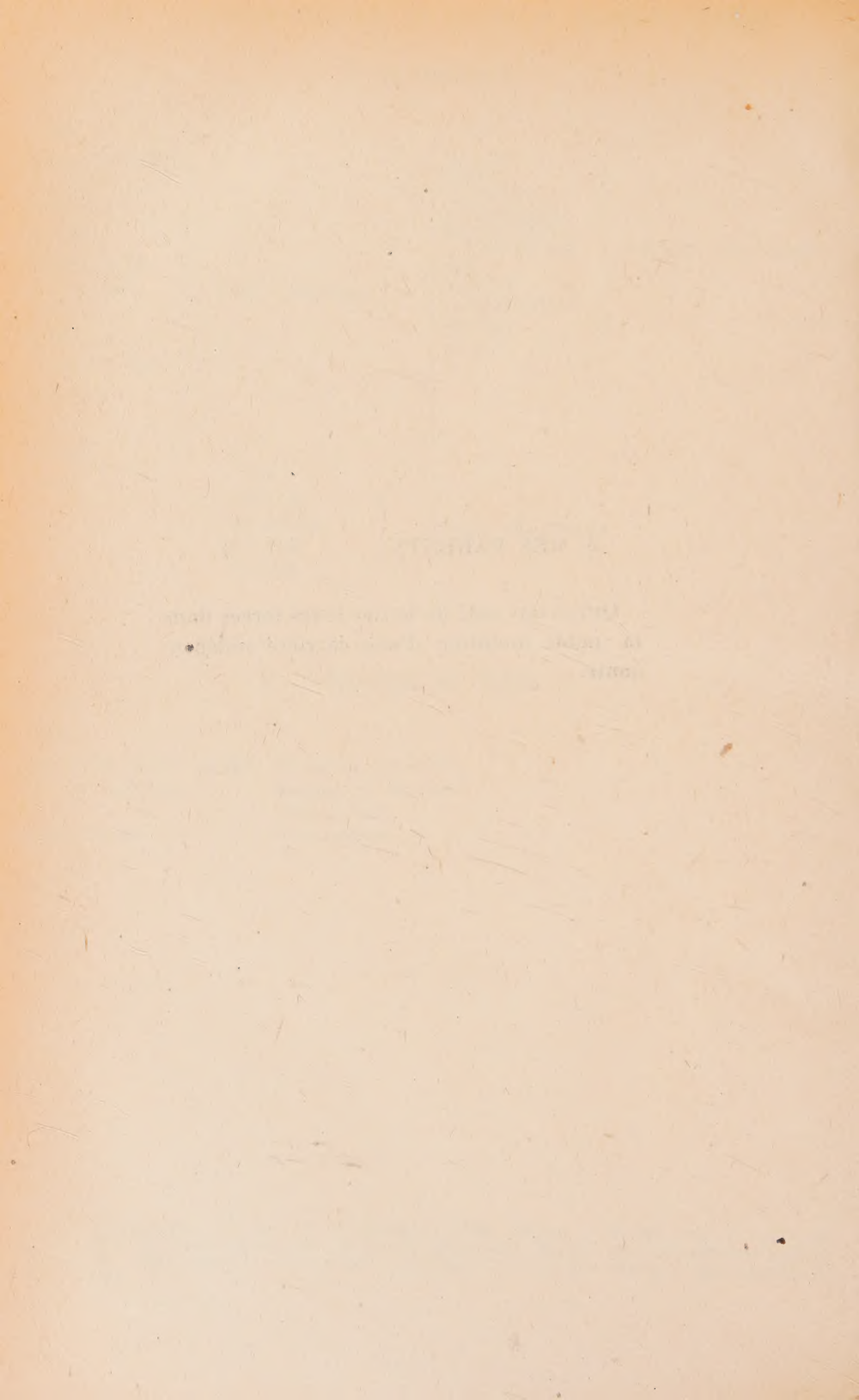
V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
N.....	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Qui m'ont aidé de toutes leurs forces dans
la noble ambition d'une carrière indépen-
dante.



J'exprime ma profonde reconnaissance

A MON MAITRE, MONSIEUR LE PROFESSEUR LOEPER

Professeur de Clinique Médicale à la Faculté

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

Pour le bienveillant honneur qu'il m'a
accordé en acceptant de protéger la publi-
cation de ces humbles pages ;

Et pour le souvenir que j'ai gardé de mon
passage dans son service.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Ce n'est qu'avec un respect et une admiration sans bornes, qu'ont peut évoquer la mémoire de l'illustre Maître, Monsieur le Professeur

PIERRE DUVAL,

Dont j'ai, trop peu de temps, côtoyé la grandeur.

Je remercie de grand cœur

MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN MOUSSOIR

Médecin des Hôpitaux

Qui a été pour moi un ami autant qu'un maître. C'est à lui que je dois le sujet du présent mémoire. Il a eu la bonté de me livrer trois observations de diverticules du duodénum, observations personnelles, qu'il se proposait de publier.

Le dossier de l'une d'elles appartient au Service de

MON MAITRE, MONSIEUR LE DOCTEUR TREMOLIERES

Les deux autres portent sur des malades de ville.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
A CEUX QUI M'ONT INSTRUIT
ET HONORE DE LEUR CONFIANCE

J'estime ne pouvoir officiellement dédier si peu de chose. C'est trop peu pour ce que je leur dois.

Ce que je veux, c'est leur exprimer en toute simplicité, ma très vive gratitude. Ils m'ont donné, avec l'amour de mon art, pour traverser les heures sombres et dévisager les piètres aspects de la vie, le plus précieux des réconforts.

C'est seulement à ceux de ma génération, qui m'ont toujours conservé leur affection en toutes circonstances, que je peux offrir ce bien modeste témoignage de mon attachement :

AUX JEUNES QUI ONT GUIDE MES PREMIERS PAS

ET

A MES MEILLEURS AMIS :

RENE COSSART,

JEAN COSTE

PROLOGUE

Certes, les temps pénibles que nous vivons sont une excuse facile de la médiocrité ou du moindre effort. On conçoit les protestations de certains de nos maîtres devant le flot des ouvrages bâclés qui leur sont soumis — même par des Internes. — Noblesse oblige.

Les circonstances actuelles ne sont pourtant pas négligeables, et de grandes figures de la Médecine s'expliquent fort bien qu'elles entraînent un bouleversement profond et momentané des traditions de travail de l'Internat. Ces traditions n'en seront nullement diminuées dans l'avenir qui abritera leur renaissance. Ceux qui, comme moi, croient légitime de les transgresser pour la forme, aujourd'hui, les respectent profondément, et ont contracté vis-à-vis d'elles une dette dont ils ont à cœur de s'acquitter.

Cet opuscule n'a d'autre objectif que de marquer la fin d'une « scolarité » que, depuis bientôt quatre ans, je pourrais avoir terminée. Il est étranger au couronnement d'un Internat qu'encore j'ai à peine ébauché et pour lequel j'ai lutté pendant plusieurs années de ma jeunesse. D'ailleurs, s'il m'a fallu le faire très bref, j'ai fait ce travail sérieusement, afin qu'il soit un peu moins écrasé par le rôle qu'il est amené à remplir.

**

En 1936, Jacques Mialaret, aujourd'hui chirurgien des hôpitaux, a fait un remarquable travail sur les diverticules du duodénum, l'un des plus solides qui aient été produits sur ce sujet.

Il a ramené à de plus justes limites le succès pathologique du diverticule duodénal et tempéré la faveur excessive de son traitement chirurgical.

Je me dois de souligner la valeur et l'intérêt de cet imposant ouvrage avant d'exposer dans la pénombre le modeste tableau que j'ai brossé de mon côté.

••

Tout a été dit.
Qu'en reste-t-il ?

Ce que je présente n'est qu'un simple article. Le diverticule duodénal est un sujet d'actualité. Les trois observations inédites qui sont rapportées ici ont été pour moi l'occasion de déchiffrer une page récente de pathologie et d'y réfléchir. Cette page est appréciée de tous les chercheurs, mais elle n'est pas encore vulgarisée, et son expression manque un peu de recul et d'assurance.

Que le diverticule existe, il y a bien peu de temps qu'on s'en préoccupe. Il y en a moins encore qu'on se demande s'il n'est pas souvent égaré en pathologie.

Les généralités

Comment se présente

la mise en valeur

du diverticule duodénal

LA PLACE DU DIVERTICULE DUODENAL
DANS LA LITTÉRATURE MÉDICALE
QUELQUES DATES DÉCISIVES DE SON HISTOIRE

1760. — MORGAGNI explorant, de parti pris, tous les viscères d'un sujet mort d'hémorragie cérébrale, découvre une évagination hémisphérique, à deux doigts du pylore, admettant la pulpe de l'index. Pas trace d'ulcération sur elle, dans son voisinage, non plus qu'en aucun autre point du tractus digestif. Bien qu'on ait souligné, plus tard, la rareté de la localisation à la première portion des diverticules primitifs du duodénum, il semble patent qu'on ait là sa première observation.

Introduit dans la littérature médicale par l'anatomie, le diverticule reste une curiosité à son actif pendant plus d'un siècle et demi. Au cours de cette période, on précise son aspect et son siège dans les salles d'autopsie. LETULLE, en 1898, insiste sur la grande fréquence de sa localisation au voisinage de l'abouchement duodénal des voies biliaire et pancréatique, et définit ainsi les diverticules « périvatériens » qui ont conservé le nom qu'il leur a donné.

Tout en restant pendant quelques années encore dans le domaine de l'anatomie, le diverticule se révèle à la main chirurgicale au cours d'une intervention rapportée par BAUER en 1912. Il fait opérer un sujet de 52 ans qui souffre et vomit après les repas depuis quelques mois. L'estomac semble normal ; une gastro-entérostomie postérieure est décidée sans

conviction, et voici qu'on découvre une masse molle, rétro-gastrique, qu'on laisse de côté, faute de savoir de quoi elle répond. Une congestion pulmonaire post-opératoire conduit rapidement à un compte-rendu d'autopsie détaillé ; la deuxième portion du duodénum porte deux diverticules : l'un antérieur, petit, l'autre postérieur, beaucoup plus gros, amarré près de l'abouchement vatérien.

1915. — On pose à l'écran le diagnostic de diverticule duodénal sur une tache résiduelle persistant quatre jours après un repas baryté ; elle est mobile, indolore, et n'est accompagnée d'aucune anomalie digestive. Il s'agit d'une femme de 41 ans souffrant depuis vingt ans. On vérifie à l'intervention la réalité de ce diverticule, qui est duodéno-jéjunal. On l'extirpe ; la malade est guérie.

FORSELL et KEY, en rapportant cette observation, ont livré le diverticule à la radiologie et à la chirurgie. Ce fut le signal d'un prodigieux succès.

Peu après la Grande Guerre, paraît la première observation française similaire, à propos d'un cas de diverticule avec abondantes hémorragies. Il est diagnostiqué par la radiologie chez un sujet de 39 ans et guéri par l'extirpation. On la doit à ROBINEAU et GALLY.

1925. — BENSAUDE et VASSELLE consacrent la fortune du diverticule duodénal qui « enrichit la pathologie digestive d'un chapitre nouveau », par un article qui fait le point.

— On peut en rapprocher, par la signification, les thèses de GREDER, d'abord, de GARNIER, ensuite.

En dix ans, il est passé, en effet, de l'arrière-fond des curiosités négligeables au rang des actualités à grand succès. C'est au progrès de la technique radiologique qu'il doit cette fortune. Il n'y avait, avant elle, aucun moyen de le soupçonner, et l'on conçoit que, si le chirurgien renonce parfois à le découvrir sur place, malgré toutes les images désirables pour diriger sa recherche, il n'avait pas grand'chance de le trouver au cours d'une laparotomie sans idée préconçue.

Dans les vingt-cinq dernières années, ce maigre sujet n'a pas rallié moins de quatre cents auteurs ; près d'une centaine en France. Cette foule de publications et de travaux, de valeur fort inégale, a été emportée par un courant de moins en moins turbulent.

— Dans une *première phase*, le diverticule est favori. Est-il découvert à l'écran ? Il est responsable de l'état du malade ; il faut l'opérer sans retard, tant le risque serait grand de le laisser « évoluer ». L'irrésistible attrait de la nouveauté n'autorise même pas le loisir de se demander s'il pourrait se faire qu'il fût parfois hors de cause.

— Dans une *seconde phase*, seuls les radiologistes, collectionnant les clichés, multipliant les incidences, n'enregistrent guère que satisfactions et succès. Ailleurs, les restrictions commencent.

Les médecins ont quelques doutes sur le rôle du diverticule dans des cas où il semble éclipsé par l'importance manifeste d'une lésion régionale associée.

Les chirurgiens, à côté de quelques brillants résultats ont aussi quelques morts, et ne s'engagent pas toujours jusqu'à l'extériorisation de cette poche qu'ils ont pourtant fort bien repérée sur les clichés, tant elle semble faite pour le camouflage dans les zones dangereuses de la loge duodéno-pancréatique.

Pour le diverticule désormais, existence et pathologie ne sont plus tout à fait confondues. Son crédit est en baisse autant par l'intervention des difficultés techniques de son abord que par l'observation des faits.

— Dans une *troisième phase*, la critique sévère, honnête et fondamentale apparaît enfin — l'ouvrage de MIALARET incarne cette orientation précieuse de l'étude — : l'extirpation du diverticule, s'il est vraiment pathologique, doit suffire à supprimer la maladie qu'on lui attribue. Il n'y a pas d'autre repère sérieux de sa valeur.

C'est alors que le prestige de cet incident morphologique du duodénum est durement ébranlé.

S'il est indispensable de lui conserver une place dans la pathologie digestive, une petite lui suffit. Il est, en effet, avant tout une manière d'être, inaccoutumée sans doute, mais non pas fatalement une maladie. *Il PEUT devenir pathologique. Si ce n'est pas l'exception, c'est encore moins la règle.*

LES NOTIONS ANATOMIQUES ESSENTIELLES

On peut DÉFINIR ce diverticule comme *une évagination développée aux dépens de la paroi duodénale et communiquant, par son implantation, avec la lumière intestinale.*

Dans le plus grand nombre des cas, il est :

unique, arrondi
dans la concavité de la boucle duodénale
sur la deuxième portion
intra, ou rétro-pancréatique
de la grosseur d'une noisette ou d'une noix.

— Mais il peut être multiple. Toutefois, l'un d'eux est généralement plus important que les autres et ils ne dépassent guère trois ou quatre. La fort belle image de six diverticules duodénaux, que l'on doit à Gutmann, n'était-elle pas liée, en réalité, à une simple péri-duodénite, découverte à l'intervention ? Le fait qu'il existe des diverticules multiples soulève, en tout cas, la question de la répartition de la valeur pathologique : en faveur duquel se prononcer ?

— Il peut être sur la convexité de l'anse ; sur une autre portion ; et par conséquent pré, latéro-duodénal, pré-pancréatique. Aussi la difficulté de la découverte à l'intervention sera-t-elle très variable : autant facile pour celui qui est situé dans la convexité du duodénum, ou sur sa face antérieure dans l'étage sus-méso-colique ; autant pénible pour les autres insertions.

— Il peut être, enfin, pour garder les images consacrées, d'un volume qui va du grain de mil à la mandarine.

Et, à travers ses variantes, on le trouve ici ovalaire, ailleurs en doigt de gant, ou encore d'aspect plus ou moins chiffonné, tantôt à collet étroit, d'évacuation lente, de remplissage difficile ; tantôt à collet large, de remplissage fugitif.

Les parois sont souples, très inconstamment revêtues de péritoine, on le prévoit, mais toujours ou presque d'un clivage facile du fait de l'interposition d'une couche celluleuse constituant une fausse séreuse. Il est exceptionnel d'y trouver une lésion perceptible.

*
**

Dans sa STRUCTURE histologique,

— *un élément constant : la muqueuse.* Toute semblable à la muqueuse duodénale voisine avec ses villosités, ses cryptes de Liëberkuhn, ses glandes de Brünner, ses rares follicules lymphoïdes : tout, et sans plus.

Elle partage aussi l'abondance vasculaire de cette muqueuse : chorion, muscularis mucosæ, sont très richement irrigués ; un réseau veineux serré sillonne la paroi ; souvent, un petit vaisseau aborde le fond du sac et s'y ramifie. On présume donc la possibilité d'hémorragies diverticulaires dans ce segment digestif qui est celui qui saigne le plus souvent et le plus abondamment dans l'ensemble.

— *Un élément variable : la musculo-séreuse.*

Tantôt et le plus rarement, musculeuse et séreuse sont tout à fait comparables à celles du duodénum. On a voulu appeler « vrais » ces diverticules. La pratique ne justifie nullement cette sélection.

Tantôt et le plus souvent, il n'existe qu'un grillage musculueux très elliptique, comme s'il s'agissait d'une hernie mu-

queuse à travers la musculieuse qui ne reprend son aspect normal qu'au collet diverticulaire.

D'ailleurs, même lorsque le diverticule est « total », la musculieuse, bien qu'elle ait ses deux couches, longitudinale et circulaire, est un peu plus grêle que celle du duodénum.

LES HYPOTHESES PATHOGENIQUES ET LES CATEGORIES QUI EN DECOULENT

Le diverticule est-il *congénital ou acquis* ?

Une prédisposition congénitale est très défendable.

Le travail de Horton et Mueller, en particulier, met en évidence l'activité du *bourgeonnement* duodénal durant la vie fœtale puisqu'il donne le foie, le pancréas, les voies biliaires. Ces éléments épithéliaux, se développant avant les éléments musculaires, peuvent aisément dessiner des poches aberrantes. Et n'a-t-on pas trouvé des diverticules non seulement chez l'enfant mais chez le nouveau-né et même chez le fœtus ? La chose est si exceptionnelle, il est vrai, qu'elle ne mérite peut-être pas une grande attention.

En outre, l'anatomie du duodénum, achevée, peut encore y prêter. Dans la sous-muqueuse et la musculuse de la deuxième portion, surtout au niveau de l'abouchement du canal de Santorini, donc sur son flanc interne, fréquents sont les *ilots pancréatiques*, facteurs de désunion pariétale possible. De plus, la couche longitudinale *musculaire* est *absente* sur près d'un centimètre *au niveau de la papille*. C'est là une région d'élection pour le diverticule. Enfin, le *passage des vaisseaux* peut déterminer des points de moindre cohésion.

Ce qui existe donc certainement, c'est la *faiblesse pariétale* de certains points du conduit duodénal.

Importante dans la production du diverticule, *cette faiblesse pariétale originelle*,

qu'elle soit liée au point de pénétration des vaisseaux dans la paroi,

qu'elle soit liée au développement embryologique, ne peut cependant suffire, semble-t-il, à en expliquer complètement la genèse.

— Il faut, d'ordinaire, que s'en mêlent des facteurs acquis : soit une *traction* par des adhérences,

soit *surtout une pulsion* exercée sur la paroi par une *surtension* duodénale pour déclencher la rupture de l'équilibre pariétal qui agrandit ou fait surgir cette sorte de sac herniaire.

Comment expliquer autrement :

que la fréquence des diverticules augmente avec l'âge. Dans notre seconde observation, ne voit-on pas *pousser* des diverticules *entre deux examens* radiologiques également sérieux à cinq ans d'intervalle;

que le diverticule « total » a tout de même une musculieuse plus grêle que celle du duodénum comme s'il avait en épaisseur ce qu'il a gagné en surface.

Aussi, appeler « vrai » le diverticule total, et « faux » le diverticule muqueux, ne paraît pas s'imposer le moins du monde.



On peut constater, avec Mialaret, que ce qui est indiscutable au point de vue pathologique, c'est qu'il est deux sortes de diverticules ;

— *les diverticules secondaires à une lésion locale.*

Ils sont évidemment toujours acquis.

Diverticules de TRACTION, le plus souvent d'origine *vésiculaire*, d'intérêt très accessoire.

Diverticules de PULSION, secondaires essentiellement à un ulcère duodénal ; ulcère de la première portion. Le diverticule siège, dans la règle, au bord inférieur de cette portion, face à l'ulcère, toujours assez près du pylore, plus souvent en amont qu'en aval de l'ulcère.

Il est dit : *juxta* ou *para-ulcéreux*. Il est lié à l'existence même de l'ulcère, mais il lui survit si on ne l'extirpe pas ; il s'est peu à peu fixé et organisé en cessant ainsi d'appartenir à la catégorie des pseudo-diverticules déformables et variables.

Ces diverticules para-ulcéreux ne retiendront pas notre attention, car leur histoire est celle de l'ulcère ; ils en sont inséparables pour leur symptomatologie ; ils le sont aussi pour leur traitement. *Leur localisation inévitable à la première portion* du duodénum, pratiquement la seule qui porte des ulcères, *est exceptionnelle pour les autres diverticules*. A la première portion, le diverticule authentique est presque toujours secondaire.

— *les diverticules primitifs ou « essentiels », si l'on préfère.*

Qu'ils soient dus à une extériorisation congénitale, ou que, sur un terrain favorable, leur extériorisation soit acquise ;

qu'ils soient de caractère « total » ou simplement « muqueux »,

ils ne sont liés à l'évolution d'aucune affection. Ils peuvent coexister avec une lésion quelconque du carrefour sous-hépatique, mais sans qu'il y ait rapport de cause à effet et sans qu'il existe d'interrelation à l'origine.

Ce sont ces diverticules PRIMITIFS qui posent le seul problème capital. Y a-t-il, inhérente à l'incident morphologique de la paroi duodénale, une valeur pathologique réelle ?

Sans jouer à l'insupportable prophète du passé, on a le droit d'être un peu surpris par la facilité déconcertante avec laquelle on a d'abord accordé cette valeur, car, en somme, dans la majorité des cas, il existe une lésion associée dont l'importance morbide n'est plus à démontrer depuis longtemps sans qu'aucun signe permette d'individualiser ce qui revient au diverticule.

Il était impossible de savoir, *a priori*, si le diverticule, totalement ignoré pendant des siècles, et soudain révélé avec une certaine fréquence par la pénétration radiologique, était ou non pathologique. Au moins était-il logique de le supposer provisoirement responsable des seuls cas où il n'était accompagné apparemment de rien d'autre.

Cette hypothèse, elle, était souhaitable d'emblée parce qu'elle pouvait être fertile : le diverticule est un accident local, on peut lui opposer au besoin une cure radicale. Aux résultats de cette cure de guider l'extension ou la réduction des indications. A ces résultats aussi, et à eux seulement, de fixer la valeur pathologique du diverticule.

Trois
exemples inédits
(D^r Moussoir)

OBSERVATION I

Madame G..., 58 ans, entre dans le service du docteur TRÉ-MOLIÈRES, à Boucicaut, en août 1938.

Depuis huit jours, elle a des selles noires et se sent gagnée par un affaiblissement progressif et rapide.

Elle est pâle, fatiguée ; son pouls, battant 80, est cependant ferme. Sa tension artérielle est de 14-8.

Ce n'est pas la première fois qu'elle saigne. Il y a quatre ans déjà, elle avait eu du melæna. Celui qu'elle décrit comme survenu il y a deux ans est discutable. Mais au mois de mai 1938, elle en a eu certainement un autre. Ainsi, deux, peut-être trois hémorragies intestinales ont devancé celles-ci. Ce n'est pourtant qu'aujourd'hui qu'elle s'en est sérieusement inquiétée : les autres étaient plus fugitives et moins abondantes.

Son état général n'était pas touché.

De plus, elle ne souffre pas. Aucun trouble digestif n'accompagne l'hémorragie, ne la précède, ni ne la suit. Elle n'a aucun régime, digère bien, ne vomit pas, a des selles régulières. Son appétit est conservé et elle ne maigrit pas.

Elle est donc mise en observation. On lui donne de l'hépatrol ; on lui fait une petite transfusion de 250 cc. de sang. Peu à peu, elle s'améliore, tandis que les selles noires disparaissent.

Par ailleurs, ménopausée à l'âge de 40 ans, elle a eu quelques troubles fonctionnels, à cette époque, qui se sont vite apaisés. Seules, des palpitations de temps à autre demeurent, mais le cœur est régulier, bien frappé, non accéléré, et ne donne aucun signe de défaillance. On remarque cependant que sa tension se maintient à un niveau normal, alors qu'elle a des raisons d'être abaissée.

Ce dont elle se plaint surtout, c'est de ses oreilles. Depuis longtemps, elle en a souffert. C'est une habituée du service d'oto-rhinologie.

Elle a fait plusieurs otites, et, récemment, un furoncle du conduit auditif externe. On lui a prescrit, pour ses céphalées, à la suite de ce furoncle, du salicylate de soude qu'elle n'a pas toléré : il a entraîné des gastralgies pénibles.

Elle a quatre enfants bien portants.

L'examen poursuivi de parti pris sans nouvelle indication ne montre pas grand'chose : foie, rate, semblent normaux. Le système nerveux et l'appareil respiratoire n'ont rien de pathologique. Elle a eu quelques poussées de cystite, mais le rein n'est pas touché, semble-t-il : les urines sont abondantes, claires, sans sucre ni albumine.

En somme, rien qui puisse éclairer l'étiologie : ni ulcère, ni hépatite en particulier.

Un complément d'information est donné *par la radiologie*, lorsque l'état s'est suffisamment amélioré pour faciliter les déplacements utiles.

Au point de vue thoracique, sans apport.

Au point de vue digestif, au contraire, *une découverte*.

Si l'estomac est d'allure normale dans sa forme, ses contours, son volume et sa kinésie,

le duodénum, au contraire, est anormal au double point de vue :

— de son transit, qui paraît laborieux, retardé. Le duodénum, où le passage est d'habitude si rapide, est opaque spontanément en totalité, de façon assez stable et même assez large. Le bulbe est particulièrement distendu ;

— de ses contours. Ses bords paraissent dessiner plusieurs poches aberrantes dégagées par les incidences désirables : d'une part, au voisinage du bulbe ; d'autre part, à l'angle inférieur ; enfin, près de l'angle duodéno-jéjunal, cette dernière évoque manifestement le diverticule.

Les clichés précisent cet aspect diverticulaire. *On voit effectivement un diverticule assez volumineux avec, sous certaines incidences, un niveau liquide qui ne prête pas à discussion.* Il semble être amarré près de l'angle duodéno-jéjunal, sur la quatrième portion.

Les autres images sont très problématiques, variables, sans niveau liquide, avec implantation large : il s'agit sans doute de déformations passagères de pseudo-diverticules ; mais aucune image rappelant l'ulcère.

En somme :

— il y a diverticule du duodénum, plus précisément duodéno-jéjunal ;

— il y a distension duodénale plus précisément bulbaire.

Or, la malade n'a aucun trouble digestif habituel :

elle saigne de temps à autre,

elle n'a pas d'autre lésion susceptible d'expliquer de façon plausible son melæna,

son état est satisfaisant.

La préparer, faire une exploratrice secondairement dans ces conditions, est logique.

L'intervention est faite par le professeur agrégé OKINCZYK. Il fait une laparotomie médiane sus-ombilicale, trouve un

estomac absolument normal, aucune lésion sur le pylore ni le premier duodénum, qui est mobile et un peu dilaté. A travers le ligament gastro-colique, il pénètre dans l'arrière-cavité et ne voit rien non plus d'anormal. Ce n'est que par le clivage de l'angle duodéno-jéjunal qu'il découvre, sur la quatrième portion, un diverticule à large base d'implantation, du volume de l'extrémité du pouce. La muqueuse fait hernie à cet endroit au travers des fibres musculaires desserrées, recouverte seulement par la séreuse et la graisse du tissu cellulaire rétro-pancréatique. Le diverticule est réséqué.

L'examen histologique montre une muqueuse normale formant des replis, tapissée de cellules cylindriques constituant des tubes du type Lieberkühnien pur.

Les suites :

Pendant un an, pas d'hémorragies.

En octobre 1939, nouvelle hospitalisation nécessitée par une reprise. Nouvelle transfusion. Nouvel arrêt spontané. Nouvel examen radiologique qui montre la disparition de la dilatation bulbaire et du diverticule.

Que conclure ?

— que le diverticule duodéno-jéjunal, pourtant très net et relativement volumineux n'était pour rien dans l'histoire ;

— que les troubles du transit bulbaire, apparents, étaient peut-être liés à l'existence du diverticule puisqu'ils ont disparu. Mais, d'une part, il faudrait plusieurs examens radiologiques pour affirmer le fait, car il peut s'agir de phénomènes intermittents et fonctionnels ; d'autre part, ils n'étaient à l'origine d'aucun trouble digestif exprimé.

S'agit-il d'un ulcus minuscule, invisible, n'ayant d'expression clinique que l'hémorragie au moment de sa poussée, comme le concevrait volontiers Gutmann ? s'agit-il d'une duodénite ? Ce sont des hypothèses « gratuites ». Ce qui est sûr, c'est qu'il ne s'agit pas d'un diverticule pathologique.

OBSERVATION II

Monsieur R..., 56 ans, en juillet 1938, fait une hémorragie digestive signalée par un melæna qui ne donne pas de dépression immédiate inquiétante.

Lui aussi a déjà fait d'autres hémorragies :

— une première *en mai 1933*, qui s'est accompagnée d'un hoquet prolongé : six heures. Cette fois, il y avait eu non seulement melæna, mais hématomèse — et cette hématomèse noirâtre arrivant à la cinquantaine, bien qu'elle ne fût accompagnée que de quelques pesanteurs post-prandiales sans altération générale récente, avait fatalement éveillé le soupçon d'un néoplasme et entraîné un *examen radiologique*. Le duodénum, bien entendu, est exploré en même temps que l'estomac.

A cet examen, le docteur Maingot ne lui trouve rien d'anormal.

Le temps écoulé depuis lors a écarté définitivement une hypothèse aussi sévère.

— Une seconde fois, en juin 1936, un melæna.

— C'est donc pour la troisième fois qu'il saigne en cinq ans.

Entre temps, un appétit très médiocre, un état général toujours peu brillant de longue date. Il digère péniblement sans éprouver de douleurs véritables. Le fonctionnement intestinal est normal.

Les troubles dont il se plaint sont surtout vaso-moteurs : des bouffées congestives sans vertiges ni perte de connaissance, sans troubles de la parole,

parfois, elles sont suivies de pâleur, avec quelques nausées et de la céphalée pendant plusieurs heures,

des palpitations sans rapport avec l'effort, mais plutôt avec l'état psychique : une contrariété paraît influencer l'éclosion de ces phénomènes assez fréquemment.

Tout cela nous éloigne du tube digestif.

A l'examen général, on ne trouve aucune lésion organique notable. Les 25 cgr. d'albumine qu'il a eus un moment ne s'accompagnent pas de rétention uréique : 0 gr. 45 ; sa tension artérielle est de 14,8.

Une chose, cependant, est à retenir : c'est un *ancien paludéen* d'origine coloniale qui a encore conservé une micro-filarirose, mais qui n'a eu ni dysenterie ni syphilis. Son foie est indolore et n'est pas sensiblement augmenté de volume. Sa *rate* est nettement *percutable sur trois travers de doigt*.

Au total, pour ces hémorragies digestives, aucune étiologie nette en pleine vue. Peut-être est-ce une suite de son histoire coloniale — simple hypothèse.

Cette fois, à l'examen radiologique qui est repris par le docteur Busy, on découvre un *diverticule duodénal*, on en découvre même trois : — sur la deuxième portion, s'en dessine un assez gros, avec des contours nets ; — sur la troisième, on en voit un autre de même taille ; et, voisin, un tout petit. Ces diverticules sont remplis et se voient particulièrement bien en décubitus. Par ailleurs, estomac et duodénum ont un transit et une morphologie normaux.

Que conclure ?

— que c'est *entre la première et la troisième hémorragie*, en l'espace de cinq ans, que *sont apparus ces diverticules*. Si l'on ne pouvait les incriminer à la première, comment le faire à la troisième ?

— que le sujet a tout de même conservé de son séjour colonial, malgré le peu de lésions organiques apparentes, une fragilité hépatique — avec quelques troubles digestifs et un état général médiocre — qui vient s'ajouter aux phénomènes circulatoires et urinaires qu'il est assez banal de rencontrer entre 50 et 60 ans.

Pour ces deux raisons :

— une intervention ne peut être décidée chez lui de gaité de cœur ;

— en ce qui concerne le diverticule, elle a dix chances sur dix de ne servir à rien, si l'on se repose sur le premier examen radiologique qui a été très sérieux.

Une altération splénique est-elle à l'origine de l'hémorragie comme il ne serait pas surprenant de le voir chez tel sujet — c'est possible. Mais bien que la rate soit percutable un peu plus que normalement, ses modifications objectives sont trop discrètes pour qu'on se permette de l'affirmer. En tout cas, ici non plus, il n'y a pas de diverticule pathologique.

OBSERVATION III

Madame D..., 54 ans, souffre de l'estomac. Il s'agit de brûlures, trois à quatre heures après les repas, avec des nausées, sans vomissements. Aucune périodicité. Ces troubles sont presque permanents, n'altèrent pas l'appétit ; non plus qu'ils ne sont calmés par l'ingestion alimentaire. Ils se sont maintenus depuis quelques mois seulement de façon aussi continue.

Antérieurement :

— des coliques hépatiques, semble-t-il, ou au moins « vésiculaires », douleurs vives à irradiations scapulaires, mais rares et ne troublant pas de façon durable l'activité de la malade ;

— à l'épigaste, elle n'avait que des sensations indéfinissables s'accompagnant de tendances lipothymiques : ceci sans douleurs vraies ; et de temps à autre, depuis plusieurs années, ces malaises alternaient avec des vertiges, des bourdonnements et des sifflements d'oreille, des bouffées de chaleur, un peu d'insomnie. Or, elle est ménopausée depuis l'âge de 48 ans.

Deux manifestations sont plus lointaines de beaucoup :

— la céphalée qui la préoccupe surtout, pénible, fréquente, plus vive à l'occasion du froid et pouvant alterner

avec des douleurs dans les membres inférieurs à type de brûlures, de tension. Cette céphalée est pariéto-occipitale droite; souvent, avec elle, des nausées et des éblouissements rappelant le tableau migraineux;

— la constipation rebelle, tenace, coutumière, parfois coupée d'une violente débâcle.

On a été intrigué par un chiffre invraisemblable d'urée — 1 gr. 35 — alors qu'un an avant, il était de 0 gr. 45 et qu'il s'est maintenu depuis lors entre 0 gr. 50 et 0 gr. 60. Si elle a eu, par exception, une ou deux crises douloureuses lombaires, les caractères en sont très imprécis.

Sa tension artérielle, qui était à 20 par sa maxima au moment de sa ménopause, s'est peu à peu tempérée autour de 15 à 17, et elle subit de petites variations très fréquentes.

A l'examen général, on ne trouve aucun signe objectif remarquable.

— En particulier,

pas de douleur vésiculaire,
pas de douleur colique,
pas de douleur appendiculaire,
pas même de douleur solaire.

Un examen radiologique est pratiqué.

On découvre un volumineux diverticule de la deuxième portion du duodénum.

Il est de la dimension d'une noix, à bords nets, arrondis, avec un niveau de substance opaque et une bulle d'air sus-jacente. Cette image est constante; elle apparaît dès le début de l'examen dans le cadre duodénal. Ses dimensions ne se modifient pas, malgré la pression et le massage, et elle persiste sous forme d'une tache suspendue après l'évacuation du duodénum. La pression est douloureuse à l'endroit du diverticule et au-dessous.

Aucune autre anomalie de forme ou de fonctionnement gastrique ni duodénal.

En janvier 1941, les douleurs continuent et se situent plutôt à l'hypocondre droit qu'à l'épigastre. Avec elles, des nausées fréquentes sans vomissements ; une irradiation postérieure — pourtant pas de point douloureux vésiculaire.

Que conclure ?

— que soutenir *a priori* le rôle du diverticule est défendable, puisqu'il n'y a pas de lésion associée manifeste et importante ;

— que le terrain migraineux, les nausées, l'allure vésiculaire des phénomènes fonctionnels que présente cette malade, mêlés à des troubles de ménopause et à une azotémie au seuil de l'alarme, peuvent *cependant* suffire à expliquer les troubles qu'elle présente, malgré l'absence d'un point cystique net ;

— que son état n'est pas touché par ces irrégularités digestives ;

— que *l'intervention* est donc tout à fait discutable : elle risque merveille peut-être ; ne serait-ce que par *la simple incision de la paroi*. Elle risque aussi un échec avec un redoublement des phénomènes fonctionnels.

Si elle est à conseiller, ce que nous ne croyons pas dans l'état actuel des choses, c'est sous le couvert d'une cholécystographie après tétraiode et pour explorer sa vésicule en même temps que son carrefour, au moins autant que pour s'attaquer à son diverticule.

L'ensemble de
l'histoire pathologique

Deux ordres de faits :

— ce qui est indiscutable, toujours et proprement diverticulaire : LES DIVERTIGULITES GRAVES, phlegmoneuse, suppurée, gangréneuse, perforée. Exceptionnelles — Anatomiques.
— On les envisage à part.

— ce qui est discutable, toujours et accidentellement diverticulaire : TOUT LE RESTE, plus habituel — sans preuve directe. On étudie d'abord ces troubles variés, car c'est à leur sujet que se pose la question de la valeur pathologique du diverticule.

Deux notions essentielles :

— Il n'y a PAS DE CLINIQUE DIVERTICULAIRE proprement dite, mais seulement DES SYNDROMES D'EMPRUNT en tenant lieu.

— Le diverticule qui « s'exprime » est compliqué. L'empire des complications absorbe donc, en principe, toutes les manifestations cliniques. Le diverticule, à l'état « normal », est absolument « latent ». C'est une simple MANIÈRE D'ÊTRE du duodénum.



Dans l'exposé qui suit :

en premier lieu, on trace la pseudo-clinique diverticulaire ;

en second lieu, on pousse l'analyse de la valeur pathologique du diverticule à propos des hémorragies qui nous

semblent être un intéressant exemple des difficultés d'attribution occasionnelle de l'étiologie diverticulaire ;

— *en troisième lieu*, on évoque l'assise précaire des troubles ou complications dites « chroniques » pour laquelle l'exemple des diverticules multiples nous paraît démonstratif.

— On se contente de *signaler enfin* ce qu'on attribue gratuitement au diverticule sans certitude, en appuyant sur le cas de l'ictère dont on s'attendrait volontiers à constater la fréquence.

— *Quant aux diverticulites graves*, elles sont ensuite détachées de cet ensemble confus, laborieusement édifié, comme le seul fait objectif d'une valeur pathologique absolue, malgré le nombre, encore très petit, des cas observés.

LA PSEUDO-CLINIQUE DIVERTICULAIRE

LES SYNDROMES D'EMPRUNT

Lorsqu'on dissèque les observations du diverticule duodénal aux fins d'y trouver au moins un signe, une orientation, une nuance quelque peu originale de ses manifestations cliniques, on constate que l'attrait de sa révélation fut tel, il y a une vingtaine d'années, qu'il suffisait de découvrir radiologiquement un diverticule pour le publier comme cas pathologique, qu'il y ait ou non des lésions associées. Aucune déduction possible dans cette dernière éventualité.

Un peu plus tard, on lui a réservé surtout les cas où il se présentait apparemment sans autre lésion caractérisée. C'était déjà un grand progrès pour l'analyse des symptômes.

Plus tard encore, on s'est avisé de lui prêter PROVISOIREMENT un potentiel pathologique, même s'il était isolé, et de ne lui accorder sans réserve que si les troubles qui l'accompagnaient devaient disparaître définitivement avec lui.

C'est ainsi que le nombre des observations qui s'avèrent devoir être apparentées à une autre affection ou dans lesquelles la preuve du rôle du diverticule ne retient nullement l'attention, représente à peu près les trois quarts du tout.

Le champ des recherches séméiologiques se restreint donc beaucoup dès l'abord et, dans ce qui reste, il est impossible de trouver un signe, ou un petit groupe de signes qui soit assez fréquent ou assez caractéristique pour être retenu.

Les signes qu'on observe chez lui sont ceux que l'on trouve dans les autres affections régionales et la confusion avec elles est cliniquement fatale ; car s'il faut réserver en l'occurrence un diagnostic, c'est plutôt le diverticule, étant donné l'imprécision absolue et la grande variabilité de sa figure pathologique.

On accède toujours au diverticule par voie détournée, et ce n'est qu'à l'écran qu'on peut le reconnaître.



Que l'on prenne les observations incontestables,
du moins celles qui mettent de leur côté le maximum de garantie pratiquement exigible :

celles qui portent mention d'un diverticule isolé,
qu'on a décidé d'opérer,
à l'intervention duquel on n'a rien trouvé d'autre ou,
au moins, rien traité d'autre,
qu'on a réséqué,
et dont la résection a amené une véritable et durable guérison.

C'est vraiment là qu'on peut le moins confondre les signes qui pourraient être spécialement diverticulaires avec ceux des lésions d'alentour. Or, même à travers ces cas sérieusement criblés, rien de spécifique, et nous n'en retiendrons que les plus remarquables.

De l'emprunt, toujours de l'emprunt.

On fait logiquement le diagnostic d'ulcère,

— dans la très belle observation du professeur LOEPER qu'on reprendra plus loin pour ses hémorragies, d'un diverticule heureusement opéré par le docteur MOULONGUET : une histoire parfaite d'ulcus duodénal avec des douleurs périodiques, rythmées par les repas lors des crises, et des hématomèses. Ce diverticule sera dit « *pseudo-ulcéreux* ».

— Une observation de Bensaude est celle d'un ulcère d'abord typiquement périodique, puis progressivement aggravé, vieilli, calleux, dégénéré.

— Une observation de Peycelon et Chapuy est encore un beau syndrome ulcéreux.

On fait logiquement le diagnostic de cancer,

— Dans cette observation de D'ALLAINES, où une malade de 78 ans souffre depuis huit mois, d'abord de façon sourde, puis plus intense, avec des vomissements qui ne la calment pas ; elle perd six kilos en deux mois. Une fausse niche de Haudeck — rattachée à l'angle duodéno-jéjunal par une vue oblique — conduit à une exérèse qui a été la source d'une guérison radicale suivie plus de deux ans. Il n'y avait donc pas coexistence avec un cancer pylorique qui serait passé inaperçu.

— Une observation de CHARRIER est très comparable, greffée sur un fond chronique de dyspepsie très ancienne et sans caractéristique.

On fait logiquement le diagnostic de cholécystite :

— dans cette observation de DE VERNEJOUL d'une femme de plus de 40 ans, souffrant depuis vingt ans, d'abord de loin en loin, puis plus fréquemment, tous les deux mois, de crises douloureuses droites avec fièvre, à type de colique hépatique. Entre temps, des digestions pénibles. On extirpe un volumineux diverticule de la deuxième portion sans avoir trouvé la moindre trace de lésion biliaire : elle guérit parfaitement.

— dans cette observation de QUÉNU et JACQUELIN d'un sujet de 54 ans frappé d'un amaigrissement considérable par l'aggravation récente de troubles qui remontent à sa jeunesse. Des vomissements, des coliques, de la diarrhée post-prandiale presque chaque jour, des céphalées. L'exérèse d'un

diverticule de la troisième portion supprime définitivement tous les troubles. Le résultat est si surprenant, si inattendu et si complet que les auteurs ont longtemps douté de sa solidité, que l'attente pourtant n'a pas démentie.

On peut songer au diagnostic de lithiase cholédocienne :

— dans cette observation de Stepp et Guizet d'une femme qui souffre depuis dix ans de nausées et de crises de diarrhée et fait un ictère, du type par rétention, qui s'atténue progressivement, lentement et spontanément.

On explore les voies biliaires ; elles sont d'aspect et de traversée absolument normaux. On doit se contenter de réséquer un diverticule de la deuxième portion et voici que la malade ne présente plus aucun trouble. L'ictère était peut-être intercurrent ; les troubles anciens, en tout cas, ont été effectivement réduits par cette intervention.

A côté de ces aspects assez tranchés de la séméiologie d'emprunt du diverticule, de *multiples possibilités de transition* sont à prévoir.

On a individualisé de petites crises « abrégées » (professeur LOEPER) ; une aggravation progressive portant sur un temps extrêmement long ; mais il semble que ces repères soient bien fragiles, de la pensée même des auteurs.

Dans l'ensemble, toutes les fois que le syndrome présenté par un malade a quelque individualité, toutes les fois qu'il ne sombre pas dans l'imprécision absolue de la « dyspepsie », sous une forme ou sous une autre, on peut ramener pratiquement à trois aspects, sa physionomie clinique :

— *pseudo-ulcéreuse*, avec ou sans syndrome de sténose ; par le rythme horaire et périodique des douleurs ; des hémorragies peuvent encore accentuer la méprise ;

— *pseudo-cancéreuse*, avec ou sans syndrome de sténose ; par la continuité de troubles, récents dans leur existence ou

leur aggravation, et la très grosse altération de l'état général ;

— *pseudo-lithiasique*, avec ou sans ictère surajouté ; par le siège des douleurs, leur évolution capricieuse influencée par certains détails d'alimentation.

Donc, *aucune autonomie symptomatique*.

C'est bien par voie détournée qu'on arrive à ce diagnostic.



Si l'on reprend maintenant

les cas où le diverticule est accompagné d'une lésion régionale patente,

— et ces cas sont les plus nombreux, alors aucun repère, aucune probabilité même ne peuvent être dégagés en sa faveur.

Prendre ici *a priori* le diverticule au sérieux, c'est courir à l'échec thérapeutique dans la presque totalité des cas ; les témoignages abondent.

Il n'est pas jusqu'à la simple colite qui, parce qu'elle existait chez un porteur de diverticule duodénal n'ait été soumise à l'intervention.

Toutefois, il ne faut pas perdre de vue que :

— si le premier mouvement doit être de se méfier de la contribution éventuelle du diverticule dans la genèse d'un syndrome comme d'une illusion probable à cause de l'examen objectif de l'ensemble des faits ;

— ce diverticule PEUT, dans un cas particulier, être néanmoins en cause, même lorsqu'une association manifeste commande au début une attitude de négligence à son égard.

Témoin l'observation de Mac Lean de cette femme de 58 ans qui souffre suivant le mode lithiasique et a effectivement une vésicule bourrée de calculs qui est extirpée. Elle continue à souffrir ; on résèque un diverticule de la deu-

xième portion en s'étant assuré que la voie biliaire ne contenait plus rien sur son trajet. Elle guérit complètement. Transformée aussitôt après son intervention, elle fut suivie un an sans déception.

Il va sans dire que chercher à dégager les attributs cliniques du diverticule en pareils cas est encore bien plus chimérique, puisque le diverticule emprunte leurs signes aux lésions ordinairement associées.

**

Au total, rien en clinique, et jamais rien ne permet de diagnostiquer le diverticule. Il se présente sous des masques divers, prélevés sur les ressources de la pathologie régionale, essentiellement gastro-duodénale, hépato-vésiculaire. La fréquence relative des affections exige, *a priori*, qu'on retienne toujours la lésion associée éventuelle comme première responsable. En cas d'échec, qu'on revienne au diverticule ; et c'est alors qu'on aura parfois, avec un argument décisif en faveur de son intérêt pathologique, malgré sa rareté, un éclatant et surprenant succès.

LES HÉMORRAGIES DU DIVERTICULE EXEMPLE DE LA FRAGILITE DE SA PATHOLOGIE

Deux de nos observations mentionnent d'importantes hémorragies. C'est, parmi ses complications impressionnantes, la moins exceptionnelle, semble-t-il ; on ne saurait dire la plus fréquente.

Or, à son sujet, qu'on se penche sur la douzaine de cas connus de diverticules AVEC hémorragies, et l'on touchera le vif du problème : la fragilité de la valeur pathologique du diverticule. Nous avons déjà mis en évidence la précarité étiologique de celles que nous avons observées ; il nous semble que l'hémorragie fournit un exemple particulièrement saisissant de la prudence avec laquelle il convient d'octroyer au diverticule les troubles notés chez le sujet qui en est porteur.

Ces hémorragies n'ont pas de caractères assez remarquables pour orienter de façon précise l'enquête étiologique :

— Tantôt, abondantes, soudaines, elles réalisent une très inquiétante saignée de l'organisme et exigent le recours à la transfusion ;

— Tantôt discrètes, elles noircissent les selles, sans retentir d'emblée sur l'état général.

Le sang épanché peut refluer vers l'estomac et donner une hématémeuse ; plus souvent, il est évacué seulement par l'intestin.

— Dans toutes les alternatives, pas de rythme, pas de signes d'accompagnement vraiment singuliers, qui puissent être dégagés en faveur du diverticule.

Le diverticule est-il inconnu ?

Dans l'hémorragie modérée non menaçante, l'examen radiologique du tube digestif le découvre aussitôt.

Dans la forte hémorragie, qui n'autorise sur-le-champ aucune agitation intempestive et proscriit l'ingestion barytée aussi bien que le déplacement du malade, le diagnostic n'est jamais fait. Il n'est même jamais soupçonné. *C'est habituel.* Les sujets qui présentent de telles hémorragies, souvent, ne commencent à être sérieusement examinés qu'à cette occasion, et le repérage du sac diverticulaire à l'écran n'est effectué qu'un peu plus tard, une fois le sujet à peu près remis. *Cette découverte est toujours une surprise.*

Or, cette surprise est loin d'apporter fatalement la solution cherchée.

Que le diverticule soit *connu avant ou après coup*, la question la plus importante, la question décisive n'est nullement résolue. *Est-ce bien lui qui saigne ou qui a saigné ?*

*
**

Nous avons sous les yeux des observations dans lesquelles, à côté du diverticule, existent certainement :

- *un ulcère gastrique* (professeur PIERRE DUVAL),
- *un ulcère duodénal* (professeur agrégé GATELLIER, Kampneier),
- *une cholecystite calculieuse* (professeur PIERRE DUVAL, Mac Quay),
- *un cancer gastrique* (Clairmont et Shinz). Ce cancer, passé inaperçu à la première intervention qui s'est attaquée au diverticule, trois mois plus tard, est découvert au cours d'une seconde laparotomie, décidée parce qu'aucun trouble n'avait cessé.

Dans ces observations, choisies comme vraiment démonstratives au milieu de tant d'autres pour lesquelles le con-

trôle de l'intervention est souvent discutable ou absent, *ces lésions associées sont certainement la raison des troubles en général et des hémorragies en particulier*, car leur traitement seul a pu être efficace, l'exérèse diverticulaire a été sans effet.

En outre, qu'on s'accroche au diverticule en désespoir de cause, lorsqu'il semble être isolé est bien naturel, mais les lésions *locales* sont-elles les seules causes d'hémorragies ? Il ne s'agit pas par un jeu stérile d'opposer au diverticule des causes aussi exceptionnelles que lui ; toutefois, ce n'est pas sa présence qui autorise à oublier :

La cirrhose hépatique. L'observation de Lévy, Lamarre et Pigney en est un bel exemple. L'exclusion du diverticule n'a pu donner aucun résultat (favorable).

Les altérations spléniques. Nous pensons que le malade qui illustre notre seconde observation, s'il est justiciable d'une intervention — ce qui est tout à déconseiller dans son cas, à notre avis — est logiquement intéressé par une splénectomie autant que par une ablation diverticulaire, et pas plus.

Certes, les hémorragies gastro-duodénales d'origine obscure ne s'accompagnant d'aucune lésion de la muqueuse ne sont pas rares. Variété de gastrite, duodénite, réticulo-endothélite, troubles vaso-moteurs ; on peut tout incriminer sans grande certitude ; ce sont souvent des noms sur des syndromes.

Le vague de ces hypothèses autorise le succès de toute perspective de lésion locale dont la découverte et le traitement seraient fertiles en résultats pratiques. Mais l'analyse d'ensemble de l'action directe sur le diverticule démontre bien trop souvent qu'il n'est qu'un incident surajouté.



Pourtant, il paraît hors de doute qu'il puisse être la véritable, la seule étiologie de certaines hémorragies lorsqu'on se rapporte à des observations comme celles-ci :

— Celle de LOEPER et GARCIN. Une véritable histoire d'ulcère duodénal, déjà prise à témoin, avec d'abondantes hémorragies à son début, qui ont repris après un arrêt de dix ans, pendant lesquels on a pu noter des douleurs rythmées, par poussées, donnant la sensation de faim douloureuse. Or, à l'examen complet, rien d'autre qu'un diverticule de la deuxième portion.

Opéré par MOULONGUET, le sujet, en effet, ne présente pas d'autre lésion ; le diverticule est réséqué.

S'il faut noter pour simple mémoire une septicémie veineuse subaiguë dans les suites immédiates de l'intervention, en tous cas, douleurs et hémorragies ont complètement disparu depuis lors. Il ne s'agissait cependant pas de simples « troubles fonctionnels » que l'unique incision pariétale a parfois le souverain pouvoir de dissiper sans retour. Il y a bien eu guérison.

— Celle de ROBINEAU et GALLY. Quelques douleurs imprécises devançant de deux ou trois semaines le flot de deux hématoméses à dix jours d'intervalle. Peu après, un diverticule de la quatrième portion est dégagé au cours d'une laparotomie éclairée par des clichés évocateurs ; le diverticule est souple, il n'est pas adhérent ; sa dissection saigne pourtant de telle façon qu'on doit poser un clan pour la terminer plus facilement. On le résèque et une guérison stable est obtenue.

— Celle de BONNEAU. La résection d'un diverticule de la deuxième portion guérit radicalement un mélèna qui durait depuis quatre mois.

La valeur pathologique de ces cas semble inébranlable : Il faut remarquer, malgré tout, que l'examen histologique n'a montré qu'une légère et combien discrète infiltration leucocytaire dans le premier d'entre eux, et que cette valeur n'est étayée par aucune lésion anatomique perceptible. Ceci répond à la règle.

Cette presque constante intégrité du détail anatomique dans des cas, déjà rares, d'allure nettement pathologique, pousse encore à se demander s'il ne s'agit pas, de temps à autre, d'une coïncidence ou d'une influence extra-lésionnelle de l'acte opératoire — la résection dût-elle amener une guérison immédiate et solide.

Il faut bien avouer que, en principe, la preuve irréfutable de la valeur étiologique du diverticule dans la presque totalité des cas n'est pas possible.

En pratique, lorsque la *suppression exclusive* du diverticule amène la *disparition* des troubles antérieurs à l'intervention, il est légitime, il est même indispensable de le prendre au sérieux.

Mais le TEMPS nécessaire pour juger la question est d'un appoint fondamental. La conclusion que l'on peut tirer doit être tardive, abritée derrière une très longue guérison et on ne peut s'en rapporter qu'à celle-ci pour émettre une opinion sûre. Tout le reste n'est qu'hypothèse ; il ne saurait être question de faire crédit au diverticule au nom d'une loi de fréquence relative qui se retourne manifestement contre lui.

Sans doute, les hémorragies sont-elles un chapitre favorable à la réfutation de certains arguments de scepticisme ; *on admet bien qu'une muqueuse puisse saigner sans paraître touchée.*

Certes ; mais alors pourquoi faire appel à une lésion locale pour l'expliquer, de préférence. Le saignement se produira aussi bien en un autre point du tube digestif ou de l'organisme, et, s'il a été pour cette fois diverticulaire, le diverticule ne lui aura fourni qu'une simple occasion de s'extérioriser.

La muqueuse gastro-duodénale est celle du tube digestif qui saigne le plus volontiers et le plus largement dans l'ensemble ; les caractères très vasculaires de cette muqueuse se retrouvent dans le diverticule et il n'est pas très surprenant qu'il puisse saigner sûrement plus abondamment que

les autres diverticules digestifs. *Il ne fait qu'emprunter au duodénum un caractère régional assez marqué.*

Toute la question est de savoir s'il peut créer, à lui propres, des troubles tels qu'il provoque une hémorragie ; ou si seulement il représente un point faible du système vasculaire par où s'échappe un courant sanguin modifié par des raisons plus profondes et plus lointaines.

Dans le premier cas, sa disparition amène la guérison définitive ; dans le second, elle n'empêche pas le saignement de se produire ailleurs, localement ou à distance, ou d'être remplacé par d'autres manifestations pathologiques témoins d'une « métastase morbide » par jugulation brutale d'une sorte d'émonctoire.



C'est ainsi que se trouve posé dans son ensemble par la critique serrée des faits observés à propos d'une de ses manifestations, le fondement incertain de la pathologie diverticulaire. Ce qui est vrai pour l'hémorragie est vrai encore plus pour presque toutes les autres manifestations : nous avons pris un signe objectif de première valeur pour cette analyse ; or, s'il est une manifestation possible du diverticule, il faut pour lui accorder, déjà beaucoup de prudence. Que pourra-t-on dire des syndromes subjectifs et fonctionnels ?

LES TROUBLES OU COMPLICATIONS DITS « CHRONIQUES » LEUR SIGNIFICATION

Ils ne sont pas un mythe, mais leur absence totale de signes caractéristiques ne les fait apprécier que par élimination.

En somme, il s'agit essentiellement de l'exagération des manifestations symptomatiques :

surtout des douleurs, des vomissements,
qui peuvent rendre très pénible l'existence du sujet,
entraîner un gros amaigrissement,
finir par décider l'intervention.

Il n'y a pas lieu d'insister à nouveau sur cette grosse altération de l'état général avec ou sans intolérance digestive, avec ou sans hémorragie, puisqu'elle découle de l'histoire clinique d'emprunt déjà détaillée. Eventualité rare mais possible, c'est bien établi.

Il suffira d'ajouter la possibilité d'une véritable *pancréatite chronique*.

On ne peut la présenter comme un tableau clinique d'emprunt. Faire un diagnostic clinique de pancréatite chronique, à l'état isolé, n'est pas chose assez courante ni assez facile.

Le gros amaigrissement, les douleurs, parfois de type solaire, le déficit pancréatique dans le tube digestif, précisé seulement par les épreuves de laboratoire, ne constituent pas un ensemble d'emblée évocateur. C'est le fruit d'un travail d'examen méthodique et laborieux qui peut conduire lentement au diagnostic.

Or, il est incontestable que le diverticule peut donner lieu à une altération pancréatique importante.

Témoin l'observation de MOURE et MIALARET, d'un sujet de 48 ans qui souffre depuis vingt ans de crises solaires à début et à fin brusques, durant parfois plusieurs jours, sans étiologie apparente et qui se met finalement à vomir et à maigrir de façon inquiétante.

Est-ce un ulcère ? On opère. Les adhérences duodéno-pancréatiques sont telles qu'on se contente d'une dérivation gastro-jéjunale, non sans avoir noté l'induration insolite de la tête pancréatique.

Quelques semaines de mieux-être sont suivies d'une reprise intégrale des phénomènes.

C'est alors que la réintervention découvre un diverticule de la première portion à travers les adhérences. On l'enlève avec la région pylorique : la pièce ne montre rien autre que le diverticule et lui-même ne paraît nullement malade.

Pourtant, tous les troubles disparaissent.

Comme on réintervient au bout de deux ans pour une éversion secondaire, on peut constater que la tête pancréatique a retrouvé toute sa souplesse — Trois années après cette dernière intervention, le sujet n'avait eu aucun trouble.

Voilà donc un témoignage à l'appui du rôle pathologique du diverticule, rare, mais certain.



LES TROUBLES CHRONIQUES ET LA DIVERTICULITE CATARRHALE

L'ensemble de ces troubles n'est accueilli qu'avec les plus grandes réserves à propos de chaque cas, comme nous l'avons dit et redit.

Ceci — non seulement parce qu'ils sont rares,

— non seulement parce que leur expression est capricieuse et sans particularité spécifique,

— non seulement parce que le plus souvent il y a autre chose, et que c'est la suppression de cette autre lésion qui s'avère la vraie solution,

— mais encore et surtout parce qu'il n'y a généralement aucune lésion perceptible du diverticule qu'on explore et qu'on extirpe. On trouve dans la règle un sac souple, facilement clivable, même au milieu d'un paquet adhérentiel, et dont la muqueuse est d'aspect normal. Le microscope n'est pas plus heureux. On compte trop facilement les cas où l'on signale « peut-être une légère infiltration leucocytaire ».

Le mécanisme de ces troubles est donc très obscur. On peut apprécier le conseil de D'ALLAINES de ne concéder dans l'ensemble de potentiel pathologique à ces diverticules qui ne paraissent pas d'habitude être malades ni gêner l'évacuation gastro-duodénale, que s'ils sont importants, volumineux. Cette attitude pratique est peut-être la bonne, mais elle ne donne pas de réponse.

Aussi est-on fort embarrassé pour préciser de quoi il peut s'agir, lorsque le professeur GRÉGOIRE annonce que « tout diverticule qui s'exprime est un diverticule compliqué ». Compliqué, soit, mais compliqué de quoi ?

L'idée la plus simple qui vienne à l'esprit est la *diverticulite*.

Elle évoluerait par poussées plus ou moins capricieuses, pourrait comporter des rémissions tout à fait complètes. Ce ne serait qu'une hypothèse gratuite si l'on n'avait pas, bien exceptionnellement il est vrai, mais tout de même une fois, au cours d'une intervention pour crises douloureuses en pleine évolution et toutes récentes, datant de deux mois, constaté l'existence d'une muqueuse « injectée et œdémateuse » au niveau d'un diverticule (Downes). Beaucoup plus anciennement, Bauer avait rapporté semblable fait dans un compte-rendu d'autopsie.

Il s'agirait là de la diverticulite « *catarrhale* », source habituelle de la majorité des symptômes observés, dans son expression la plus légère, sans aucun danger.

Existe-t-il des faits suffisants pour qu'on s'y arrête ou est-ce un terme d'attente séduisant ? — Inutile de préciser.



LES DIVERTICULES MULTIPLES

L'IMPRECISION DU MECANISME PATHOLOGIQUE

Nous n'avons parlé que du diverticule, comme s'il était toujours unique, car nous avons en vue LE diverticule pathologique. Il est pourtant fréquent de trouver deux diverticules, il n'est même pas exceptionnel d'en trouver trois, bien que le diverticule unique soit la formule la plus courante.

Mais alors, si l'on a de bonnes raisons, par élimination, de supposer l'intervention diverticulaire dans un cas pathologique, lequel d'entre eux peut avoir plus de chances que les autres de jouer un rôle — une difficulté de plus.

S'il est impossible de se prononcer avec sécurité sur ce rôle pour un diverticule dans un cas donné, *a fortiori* est-il impossible de le faire pour plusieurs.

C'est peut-être là que l'on mesure le mieux la carence de la genèse des troubles.

Peut-on faire appel

au facteur *mécanique* quand on sait la souplesse habituelle des parois diverticulaires,

au facteur *inflammatoire* quand on sait l'absence de lésions notables, même au microscope ?

Veut-on se rejeter sur la voie *réflexe* ? Les sténoses spasmodiques y autorisent. Mais la zone réflexogène est-elle fixée. Quel repère invoquer ? Où commence et où finit son potentiel ?

Pratiquement, le siège du diverticule n'autorise aucune conclusion sur ses possibilités. Ses rapports anatomiques immédiats ne sont pas forcément intéressés par lui, même s'il donne des troubles.

La conséquence logique est de les réséquer tous si l'on a décidé d'intervenir.

Or, l'obstacle matériel de l'extériorisation parfois imprudente oblige à adopter une tout autre attitude. Pourquoi le nier : *on réséquera ce qu'on pourra* — presque toujours un, peut-être aucun, peut-être tous si le champ opératoire se présente bien. Et l'on ignore absolument s'ils sont tous intéressés, s'il n'y en a qu'un et lequel, *c'est donc une solution forcée très infidèle.*

Aussi est-on attiré par l'effort de directive donnée par D'ALLAINES qui, considérant les diverticules dans leur ensemble, conseille de *ne s'attaquer qu'à ceux qui sont volumineux*. Il est malaisé de se prononcer avec fermeté sur la valeur exacte de la proposition, mais elle est raisonnable et a l'avantage d'être plus pratique qu'une autre : il semble que la majorité des brillants résultats ait été obtenue par des résections portant sur un gros diverticule.

Au fond, pour une anomalie qui se décide si rarement à être vraiment pathologique est-il probable qu'en cas de diverticules multiples, il y en ait plus d'un qui soit perturbateur ? De plus, puisque l'on sait que dans la règle, il s'agira d'une intervention partielle en pareil cas, pourquoi et sur quoi soutenir de préférence la pluralité pathologique.

Ce qui est à retenir, c'est qu'il faudrait d'abord trouver le responsable et que c'est une difficulté de plus, tranchée sans sécurité, pour l'indication du traitement chirurgical.

A quoi servirait cette casuistique, sinon à souligner le flottement des décisions pratiques qui porte à réfléchir avar-

de faire appel à la laparotomie en matière de diverticule duodénal.



QUANT AUX AUTRES COMPLICATIONS PRÊTÉES AU DIVERTICULE, ELLES N'ONT JAMAIS ÉTÉ PROUVÉES.

— L'occlusion intestinale aiguë,

— La pancréatite aiguë, hémorragique ou suppurée,

— Le cancer pancréatique, peut-être aussi le cancer jéjunal,

s'ils ne sont assurément pas des incompatibilités, restent à démontrer.

Tout ce qu'on peut dire, c'est qu'on en a observé chez des porteurs de diverticule, mais son rôle est une simple supposition.

— *En ce qui concerne l'ictère,*

nous pensons même que pas une seule observation ne peut répondre en toute sécurité de la valeur pathologique du diverticule.

La seule qui semble capable d'être prise en considération est celle de Stepp et Guizet, dont nous avons donné les points essentiels : on opère à la suite d'un ictère du type par rétention qui a cédé progressivement, une malade qui souffre depuis dix ans de troubles d'allure vésiculaire.

On résèque un diverticule sans rien trouver ni faire ailleurs.

Elle guérit. Admettons pratiquement qu'il n'y a pas de discussion au sujet des troubles antérieurs.

— Mais cet ictère, malgré son caractère rétentionnel, n'a-t-il pas cédé spontanément avant toute intervention. Le diverticule extirpé était-il malade ? Nullement. Nous estimons que l'intercurrence banale a des chances de l'expliquer, égales à

celles de la compression cholédocienne par une hypothétique poussée de diverticulite.

En effet, d'une part, on a trop exceptionnellement vérifié la diverticulite pour qu'on lui prête grosse importance *a priori*.

D'autre part, le syndrome de rétention biliaire peut se voir même dans les hépatites occasionnelles, et en tous cas dans les cholédocites.

Etant donnée la fréquence indiscutable du siège périvartériel, on est précisément frappé de ne pas trouver plus nette justification du rôle du diverticule dans l'apparition d'un ictère à travers les nombreuses observations qui en comportent et où l'on est simplement bercé d'hypothèse en hypothèse, bien qu'on les présente comme des cas d'ictère par diverticule.



Cette vue perspective des attributions pathologiques du diverticule fait ressortir une notion essentielle pour le crédit qu'il convient de lui conserver :

jamais la preuve de son état pathologique n'est assurée par une lésion suffisante.

Il existe pourtant des sujets dont l'état pathologique réel, signes objectifs à l'appui, a été effacé totalement par la suppression du diverticule.

La seule chose sûre, semble-t-il donc, n'est pas autant son ÉTAT que sa VALEUR pathologique éventuelle. Le diverticule est-il la cause directe ou seulement le PRÉTEXTE des troubles sur un terrain favorable — on l'ignore — et la décision pratique n'est pas influencée par cette distinction.

Le seul intérêt de cette élémentaire remarque est pourtant de rappeler que les conclusions qu'on peut prononcer sur son rôle dans un cas donné doivent être purement expérimentales et n'autorisent aucune induction généralisatrice.

LES DIVERTICULITES GRAVES

Le sort très spécial qu'il faut leur réserver dans la pathologie diverticulaire ne vient pas de leur clinique mais de leurs lésions.

Cette fois, IL Y A DES LÉSIONS.

Ce qui est certain, c'est que les complications diverticulaires les plus incontestables — celles qui n'ont besoin que d'un seul cas pour prouver leur existence du fait de lésions anatomiques évidentes et très importantes — celles-là sont bien des diverticulites.

Ces complications violentes sont les seules à imposer d'urgence la laparotomie, mais sans qu'on puisse pressentir davantage la véritable étiologie.

Elles n'ont rien, en effet, de spécial au point de vue clinique. *Elles se contentent aussi d'un tableau d'emprunt, celui de l'appendicite haute ou d'une cholécystite grave — mais leur anatomie, par contre, peut les figurer :*

— tantôt DIVERTICULITE PHLEGMONEUSE. Comme dans l'observation d'Ungermann qui découvre à la dissection de sa pièce opératoire deux petits débris osseux semblant être le point de départ de la poussée inflammatoire sévère de ce diverticule.

On conçoit que cette phlegmasie puisse conduire à :

la DIVERTICULITE SUPPURÉE,

la DIVERTICULITE PERFORÉE, comme dans les observations :

de Wilkie, de Cimimata, de perforation en péritoine libre, de Monsarrat, de perforation dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal,

de Pilcher, qui rapporte une perforation observée chez un enfant.

— tantôt DIVERTICULITE GANGRÉNEUSE, qui peut être aussi la source de perforation encore plus rapide et plus intransigeante,

— tel le cas de Levering avec une péritonite généralisée,

— celui de Huddy avec une inoculation rétro-péritonéale.

Ce qui est à souligner, c'est que ces perforations :

— si elles sont rétro-péritonéales, sont curables, pourvu qu'elles ne passent pas inaperçues — et l'on imagine facilement cette possibilité au cours d'une laparotomie chez un sujet dont l'état est extrêmement grave et qu'on désire rendre la plus brève possible ;

— si elles sont accompagnées de péritonite généralisée par inoculation de la grande cavité, elles sont toujours mortelles autant qu'on en puisse juger par les quelques cas connus, ou à tout le moins d'une extrême gravité, bien supérieure à celle de la perforation ulcéreuse.

Elles sont heureusement tout à fait exceptionnelles.

A l'origine des virulentes diverticulites, que peut-on faire de mieux que d'en appeler à la « cavité close » invoquée par DIEULAFOY pour l'appendicite. Le parallélisme entre les deux pathogénies n'est pas douteux. C'est d'ailleurs un processus commun à toutes les cavités en dérivation sur le courant principal, au degré et à la fréquence près. Le diverticule de Meckel, la vésicule biliaire en donnent d'autres exemples.

La radiologie
véritable séméiologie
diverticulaire

LA RADIOLOGIE DIVERTICULAIRE

C'est l'origine de la fortune éphémère et démesurée du diverticule. Soudain, une curieuse anomalie qu'on avait autrefois découverte à propos de tout autre chose au hasard d'une autopsie méthodique, se montrait chez d'assez nombreux sujets. On ne put admettre qu'elle pouvait exister sans troubler gravement l'organisme qui en a été porteur : c'est ainsi que le diverticule fut un moment considéré comme aussi redoutable, sinon plus, que l'ulcère.

Ce regrettable enthousiasme, si peu fondé qu'il fût, poussa les radiologistes à préciser des points de technique qui leur servirent pour d'autres détections et comme ils amassaient en outre de fort belles images, ce sont eux qui furent les moins déçus par l'épreuve des faits qui devait bientôt frapper la nouveauté.

Il faut le crier : *il n'y a qu'un signe propre au diverticule : l'image radiologique — de même qu'il n'y a qu'une preuve de la maladie du diverticule : la guérison de la maladie par la suppression du diverticule.*

C'est pourquoi, bien que l'image ne permette en rien de préjuger du rôle pathologique, nous devons nous y arrêter.

Cette image, dans sa forme typique, est :

- Ronde ou ovoïde,
- A contours réguliers,
- Immobile à la respiration, mobile à la palpation,
- Traversée par un niveau liquide,
- Tache résiduelle, comme suspendue dans le vide lorsque le duodénum a évacué son contenu opaque,
- et remplie au moment du passage de la baryte, sans être confondue avec lui.

C'est donc une sorte de niche de Haudeck qui apparaît toujours de la même façon, dans les mêmes conditions, se détachant à côté du duodénum, qui est la plus remarquable expression du diverticule. Sous cette forme, il ne prête pas à erreur.

CLICHÉS 1 ET 2 (*face*)

Ce sont respectivement ceux de notre première et de notre troisième observation. Clichés de face qu'on peut lire sans grande difficulté :

Le cliché 1 peut prêter à confusion, comme le souligne le compte rendu radioscopique, par les images pseudo-diverticulaires qui sont rattachées au bulbe duodénal. La plus externe d'entre elles notamment chevauche la partie inférieure et droite du bulbe en même temps que la moitié externe du canal pylorique ; elle est ondulée par un mouvement péristaltique. Mais, de plus, l'image diverticulaire proprement dite est à moitié masquée par l'ombre gastrique dont elle émerge, arrondie à la hauteur du disque L 2-L 3. Il n'a pas de niveau liquide sur ce cliché, ses connexions manquent totalement de précision. Sur cette simple vue, un diagnostic ferme est impossible.

— Le cliché 2, au contraire, donne une image caractéristique sur la deuxième portion, avec son niveau liquide et sa bulle d'air.

CLICHÉS 3 ET 4 (*oblique et couché*)

Ils appartiennent à notre seconde observation et sont destinés à montrer l'intérêt qu'il y a à utiliser des incidences variées pour observer le cadre duodénal, et le dégager de la projection gastrique, lorsqu'il est nécessaire.

— Le cliché 3 en décubitus dorsal,

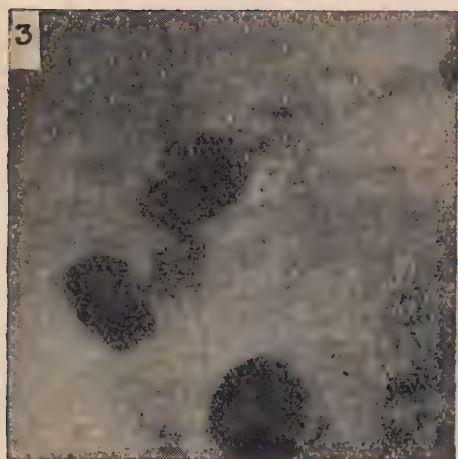
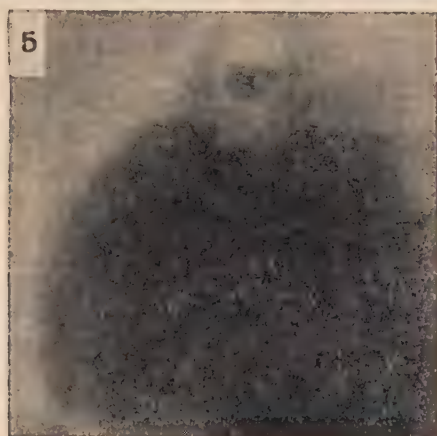
— Le cliché 4, en position oblique antérieure droite avec l'antra pylorique refoulée par le disticteur en haut et à gauche, montrent la boucle duodénale d'un seul coup dans presque toute son étendue.

CLICHÉ 5 (*profil*)

est la vue de profil (latéral gauche) de notre première observation.

Il montre comment cette vue dégage l'angle duodéno-jéjunal qui est précisément le seul point qui reste masqué sur les précédentes images. On pourrait encore l'obtenir avec netteté par une vue oblique antérieure droite, ou postérieure gauche, encadrée par la petite courbure gastrique.

Le profil toutefois semble pouvoir distinguer au mieux, ce qui revient à l'estomac, et ce qui revient au quatrième duodénum, dans la majorité des cas.



Il faut insister :

- sur la *valeur du niveau liquide* et l'importance de son dépistage ;
- sur la *valeur du pédicule* plus ou moins rétréci qui relie cette tache ronde à la lumière duodénale.
- *La simple tache arrondie, juxta-duodénale, n'est pas caractéristique.*

Dans l'ensemble, l'expérience distingue radiologiquement deux diverticules :

- le gros diverticule d'un diagnostic facile, souvent évident,
- le petit diverticule qui peut très bien passer inaperçu.

Même si l'on admet que c'est surtout le diverticule volumineux qui doit retenir l'attention au point de vue pathologique, cette conception, qui facilite les choses, ne doit pas influencer le chercheur.

LA TECHNIQUE DE LA RECHERCHE

Le double repas de Haudeck montre :

- *la tache résiduelle*, lorsqu'on examine à l'écran le sujet six heures après une première ingestion barytée,
- *ses connexions avec le duodénum*, en suivant le passage d'une seconde ingestion sous écran.

La rapidité habituelle du transit à ce niveau demande souvent qu'une compression du duodénum sur le rachis la ralentisse pour qu'on mette en évidence les déformations marginales (manœuvre de Case) ; et de plus, des incidences obliques doivent rendre l'inquisition moins partielle (en particulier position de Chaoul) et dissocier les superpositions d'images.

Les positions variées du malade, la pression, sont en effet souvent indispensables :

- au dépistage d'un niveau liquide,
- d'un sac masqué ou porteur d'un pédicule étroit défavorable au remplissage,
- ou encore d'un sac porteur d'un pédicule large qui fait le diverticule se vider aussi vite qu'il s'est rempli (diverticule fantôme).

« Il faut prendre en main estomac et duodénum pour bien étudier leurs parois. Il faut l'attention du chercheur qui a trouvé le bibelot rare. Le diverticule se cache volontiers dans un recoin. » (GALLY.)

Les clichés tirés de nos observations montrent bien l'intérêt des différentes incidences pour extérioriser le diverticule.

LA PRISE DES CLICHES

- Savoir choisir le « *bon moment* » en s'aidant du radio-sélecteur de BÉCLÈRE et faire une série,
- Savoir dégager le duodénum de l'estomac en remontant celui-ci par le distincteur de Holznecht,
- ce sont encore de précieuses finesses de l'art radiologique.

Après une nouvelle évacuation, la tache reste généralement isolée et semblable à la première image qu'on a observée sur le sujet.

LE DIAGNOSTIC

doit éliminer :

Les formations sacculaires non développées aux dépens de la paroi duodénale, mais communiquant avec la lumière intestinale.

Ce sont pratiquement les seules causes d'erreur importantes. C'est le grand diagnostic des diverticules de la deuxième portion :

— *l'ampoule de Vater*, en principe, lorsqu'elle est dilatée, et accessible à la baryte, dessine une sorte de champignon étalé horizontalement, sans niveau liquide, contractile, rapidement évacué, dont l'abouchement bifide est tout à fait caractéristique. N'empêche que la simulation peut être irrisprochable — témoin un cas fameux et malheureux de Robineau.

D'où les sages paroles de Gally : « Quand il s'agit d'interpréter une image située DANS la bouche duodénale, attention !

— ailleurs on est tranquille. »

— les fistules cholécysto-duodénales,

— les cavernes nécrotiques du cancer de la tête du pancréas propagé au duodénum, se discutent d'une façon tellement exceptionnelle que leur portée pratique est sensiblement nulle.

les déformations duodénales localisées d'origine extrinsèque :

— qu'il s'agisse de compression tumorale,

— surtout de brides de PÉRIVISCÉRITE. Ce sont elles qui furent à l'origine de l'erreur dans le cliché de six diverticules duodénaux rapportés par Gutmann. Ces brides peuvent réaliser les poches de dilatation bien connues des sténoses de la troisième ou de la quatrième portion ; et avec l'image diverticulaire typique, toutes les transitions peuvent être observées.

ou encore :

— l'angle inférieur droit du duodénum, à cause du récessus de Cole, en cas de sténose biliaire. Il peut donner une image parfaite de diverticule,

— la deuxième portion du duodénum chez les ptosiques, qui peut porter des replis simulateurs.

les images gastriques.

La véritable NICHE de HAUDECK peut être confondue de face avec le plus typique des diverticules de l'angle duodéno-jéjunal ; mais il est très facile, par une vue de profil, de montrer que ses connexions ne sont pas gastriques, mais duodénales.

Le cas particulier des *diverticules de la première portion*,

— peut, à la rigueur, poser un diagnostic avec la *niche d'un ulcus térébrant*. Ce qui compte le plus, en réalité, est ici de ne pas méconnaître l'ulcère si souvent responsable du diverticule. En tous cas, le diverticule de la première portion est le seul pour lequel on ait à prononcer le mot d'ulcère au diagnostic, puisqu'ailleurs, siège le plus fréquent de loin des diverticules, l'ulcère pratiquement ne s'observe pas et le diverticule est primitif.

— Jamais on ne s'arrête au *pseudo-diverticule habituel de l'ulcère* dont la variabilité suffit à éviter toute discussion. Théoriquement, sans doute, toutes les transitions seront possibles, si l'on admet que le diverticule para-ulcéreux est une sorte d'organisation, de fixation lente d'un diverticule d'abord spasmodique. La valeur pratique de ce subtil distinguo des intermédiaires est faible puisque, dans les deux cas, on doit s'occuper avant tout de l'ulcère ; l'examen du champ opératoire fait le reste.

— Quant aux *pseudo-diverticules de traction* (traction adhérentielle) qui ne sont pas d'origine ulcéreuse :

d'une part, ils sont, en réalité, de vrais diverticules, par définition ; fixes et permanents, mais flanqués d'une insertion large ; ce sont ordinairement des diverticules « fantômes »,

d'autre part, essentiellement secondaires, dans la majorité des cas d'origine vésiculaire, de toute façon au second plan du fait de l'importance décisive de la lésion première qui leur retire toute individualité pathologique.

Au total, le diagnostic est assez facile. Mais ne serait-ce que ce cas de Robineau qui doit nous le rappeler, les erreurs sont parfois inévitables et, pour rares qu'elles soient, leurs conséquences portent le chirurgien à réfléchir.

OUTRE LA NOTION DE DIVERTICULE, QUELQUES PRÉCISIONS PEUVENT ENCORE ÊTRE FOURNIES PAR L'EXAMEN RADIOLOGIQUE.

— L'une est essentielle pour le chirurgien :

le siège exact, et ce n'est pas seulement le point d'insertion dont on se préoccupe, mais la situation par rapport au duodéno-pancréas.

Est-il sur la deuxième portion ? Alors pré, ou rétro-duodéal ? Sur le flanc externe de l'anse ou intra-pancréatique ? Les difficultés de l'abord en sont très inégales ; lorsqu'on doit fouiller le tissu pancréatique, le risque des fistules, si redoutable, apparaît.

Est-il sur la troisième portion ? Alors au voisinage des vaisseaux mésentériques supérieurs devant le rachis ? Il faut prévoir des risques opératoires au moment de la dissection si proche de courants vasculaires importants : l'arcade colique, elle aussi, est voisine.

Il faut noter que :

la précision rigoureuse du point d'insertion est parfois impossible, faute d'injection du pédicule ; mais on sait généralement à quelle portion appartient le diverticule ;

la situation exacte qu'il occupe dans le plan frontal, pour être précisée, peut donner à la stéréo-radiographie une excellente application, au cas où les clichés de profil sont insuffisants — et il est, en effet, difficile d'être très affirmatif sur ce point.

— L'autre est fragile et un peu illusoire :

Elle prétend *révéler le potentiel pathologique de la poche par l'état de ses parois*.

Les contours peuvent être rigides ou irréguliers, immobiles à la palpation, douloureux à la pression, serait-ce là le témoin d'une diverticulite, comme on l'a prétendu ? C'est, en tout cas, exceptionnel, même dans les cas heureux d'extirpation.

La tache résiduelle exagérément durable, indiquant la faible communication du diverticule avec le duodénum montrerait-elle l'acheminement, favorable à l'inflammation, vers une prochaine « cavité close » ?

De tout cela, on ne peut rien retenir de bien solide. Ce serait, pour une fois, plutôt les signes négatifs qui pourraient avoir quelque intérêt :

un sac indolent, souple, peut être même ondulé par le péristalisme, vite évacué, sans retentissement sur le transit duodénal, représente très probablement un diverticule latent non pathologique.

Un signe semble avoir quelque valeur en faveur de son rôle : la dilatation du duodénum et le retard sensible de son transit. Il ne vaut qu'en cas de diverticule absolument isolé — et encore doit-on se méfier d'une figure trompeuse de péri-duodénite d'origine obscure.

La radiologie permet de dire que le diverticule EST — mais non pas ce qu'il VAUT en langage pathologique.

On peut dire en radiologie diverticulaire comme en clinique : le grand souci de l'examen doit être de chercher une autre lésion lorsqu'on sait qu'il existe un diverticule.

Il serait préférable, à tout considérer, de méconnaître le diverticule que la lésion gastrique, duodénale, vésiculaire — voire appendiculaire ou colique — si souvent rencontrée.

Le diagnostic

Les éléments
de la solution

LES DEUX ASPECTS DU DIAGNOSTIC

- Affirmer l'EXISTENCE d'un diverticule ;
- Affirmer sa VALEUR PATHOLOGIQUE, celle-ci n'étant nullement conséquence de celle-là.

**

Il s'agit, en somme, d'une manière d'être, anormale sans doute, inhabituelle, mais non d'une maladie. Elle peut le devenir, c'est une simple possibilité.

Encore n'envisageons-nous, tout d'abord, que le diverticule primitif, et absolument isolé de toute affection régionale.

CE QUE PEUT DONNER LA CLINIQUE

Il ne lui appartient *jamais* d'affirmer l'existence d'un diverticule non plus que sa valeur, à *elle seule*.

Le type clinique n'est-il pas inexistant? C'est vainement que l'on cherche cette « forme typique » qui sent l'école, mais qui est tout de même une sérieuse garantie de la valeur pathologique d'une affection par la réelle singularité des signes. Elle suppose une physiopathologie suffisamment précise, pour que deux ou trois signes d'essence régionale, retrouvés dans l'histoire de plusieurs affections, prennent pour chacune d'entre elles, une figure spéciale.

Or, *aucune manifestation ne lui est particulière*. Il emprunte à toute la région du carrefour sous-hépatique des

tableaux cliniques plus ou moins bien simulés. On a essayé de lui attribuer :

— La douleur péri-ombilicale, la douleur au-dessus et à droite de l'ombilic, qui n'ont rien de spécifique.

— L'allure évolutive par poussées capricieuses mais progressivement aggravées ; très inconstante et insuffisante pour une caractéristique ; aussi bien que l'ancienneté des troubles qui ne peut donner une indication sérieuse : anciens dans la moitié des cas à peu près, récents dans l'autre.

On ne peut même pas faire jouer le « flair clinique » autrement qu'au hasard.

Il n'y a que la fréquence, en pareil cas, dont on puisse tirer une indication. Ce *facteur fréquence permet*, — par première intention, ou par élimination, suivant qu'il s'agit du plus ou du moins habituel, — d'afficher un *diagnostic de principe* sur un syndrome douteux.

Si l'on pense au diverticule, ce sera donc forcément en désespoir de mieux, c'est bien par un excès de signes négatifs qui semblent écarter les hypothèses habituelles. Il est fatal qu'on s'y range ainsi sans conviction, et qu'on mette sur le même plan que lui tous les diagnostics inaccoutumés, sans préférence.

CE QUE PEUT DONNER LA RADIOLOGIE

Elle seule a *le maximum de chances* d'affirmer l'existence du diverticule *avec justesse et sans aucun risque* — mais il ne faut pas lui demander plus. Elle fournit comme toujours des images, on les interprète.

Il y a ici peu d'erreurs, et les radiologistes se complaisent à rappeler qu'ils font plus sûrement le diagnostic que le chirurgien. C'est exact en ce sens que le chirurgien, même guidé par un bon cliché, peut renoncer à trouver un diverticule parfois vérifié ultérieurement.

Il n'en est pas moins vrai que cette découverte seule, suivie d'un examen de la pièce, à la rigueur des termes, a le droit d'être affirmative. La mortelle confusion entre la dilatation terminale ampullaire, d'un canal pancréatique et d'un diverticule en a donné une fois la preuve.

Qu'on examine le cliché et le compte-rendu radioscopique, aucun doute n'est permis. Bien mieux, le chirurgien, certain de la signification de son image, extirpe ce sac non diverticulaire, bien qu'il remarque une adhérence tout à fait insolite du côté pancréatique — puisque, d'habitude, le clivage péri-diverticulaire est facile, et que cette adhérence n'est explicable par aucun état inflammatoire. C'est ce qui lui permettra de regretter de n'avoir pas arrêté là son exploration, dans sa très instructive observation. C'est en s'appuyant sur *la sécurité radiologique, excellente mais non infaillible*, qu'il s'est décidé à la résection fatale.

Est-ce à dire que si le contrôle opératoire manque, on ne puisse affirmer l'existence du diverticule en pratique ? Certainement non.

Déjà, il est certain que la découverte du diverticule est parfois bien délicate. Si on l'abandonne, c'est parce qu'on la juge trop dangereuse, c'est parce que sa recherche est trop laborieuse ; on peut y être réduit même lorsqu'on se proposait d'y accéder pour des raisons solides.

Et surtout, *l'expérience radiologique* est largement *suffisante dans l'ensemble aujourd'hui pour qu'on se fie à ses renseignements*. Le stade est définitivement franchi auquel on confiait à la laparotomie la vérification d'une curiosité d'écran dont l'interprétation était mal assurée, et à laquelle on prêtait beaucoup plus qu'elle ne méritait.

Précisément quel intérêt y a-t-il, autre que celui de la collection, à trouver des ombres digestives anormales auxquelles on donne un nom, si elles ne sont pas pathologiques ? — Sur ce point, la radiologie est muette.

CE QUE PEUT DONNER LA CHIRURGIE

L'action chirurgicale a une incontestable supériorité sur les moyens habituels de diagnostic, totalement impuissants à fixer la valeur pathologique du diverticule. C'est avec elle qu'on tient la clé du problème essentiel.

Ceci, non pas au cours même de l'intervention dans la grande majorité des cas, puisqu'il n'y a pour ainsi dire jamais de lésion visible ou de lésion capable de prouver une participation morbide, mais *par l'allure des suites opératoires.*

Seule, la guérison radicale et définitive des troubles antérieurs, à la suite de l'exérèse diverticulaire et d'elle seule, permet d'affirmer le rôle du diverticule. Il n'y a pas de meilleur, il n'y a pas d'autre critère vraiment sérieux.

MAIS ce contrôle chirurgical, qu'on le redise bien vite, fait parfois courir un incontestable risque au malade. Il ne faudra donc *jamais le pratiquer de parti-pris dans le seul but d'investigation ou de tentative à tout hasard.* Il faut en légitimer la mise en œuvre par des fins, non pas diagnostiques mais thérapeutiques.

N'INTERVENIR QUE « LA MAIN FORCÉE ».

Il faut être :

— désarmé par l'inefficacité du traitement médical, malgré la persévérance et la variété ;

— poussé à une tentative nouvelle par la sévérité des troubles ou leur aggravation angoissante.

*

**

Le diverticule est-il associé à des lésions gastriques, duodénales, vésiculaires, ou autres ?

La possibilité de son intervention dans les troubles relatés recule d'autant. Il y a les plus grandes chances pour qu'il ne soit qu'une *simple coïncidence.*

Pratiquement, cette lésion associée doit toujours occuper le premier plan du compte-rendu pathologique et accaparer les premiers efforts de la thérapeutique. *Ce n'est que devant un échec formel d'un traitement libérateur à l'endroit de ces lésions associées, que la persistance des troubles peut autoriser à incriminer enfin le diverticule.*

C'est le cas rapporté par Mac Lean de cette femme de 58 ans qui souffrait depuis longtemps de douleurs à type lithiasique, qu'on débarrasse par l'intervention d'une quarantaine de calculs que contenait sa vésicule, qui continue à souffrir, et qui est finalement guérie parfaitement par l'ablation d'un diverticule de la deuxième portion.

Mais pour un cas comme celui-là, on ne compte plus les observations et on impose une réintervention, en ayant inutilement ou dangereusement exposé le malade une première fois, par la méconnaissance :

— soit des lésions associées, tel le cancer de Clairmont et Schinz découvert à une seconde laparotomie,

— soit de leur importance, par le fait de s'attaquer d'abord au diverticule sans aucun résultat.

La loi de fréquence relative entraîne aujourd'hui cette manière de voir : on ne retient le diverticule qu'en dernier, *par élimination*, ceci aussi bien en clinique, aussi bien en radiologie, aussi bien à l'intervention lorsqu'on la juge indispensable.

Ce qui est vrai pour des lésions locales de voisinage est vrai pour des *lésions à distance ou à caractère général*.

N'a-t-on pas pris pour traduction d'un diverticule pathologique les douleurs de début d'un mal de Pott ou la crise gastrique d'un tabétique ? *Bien entendu, on peut réserver ce diagnostic mais on ne doit pas le mettre en avant.*

On ne peut négliger enfin les exceptionnelles mais indiscutables flambées suppuratives ou poussées sphacéliques avec menace de perforation. Ce sont les plus sûrement pathologiques, les cas de *diverticulites graves*.

Dans les observations qu'on en a, on doit tout de même remarquer :

— que le diverticule n'était pas antérieurement connu et *il était impossible que le diagnostic fût fait*. Par ordre de fréquence, une fois encore, il fallait se ranger à la cholécystite ou à l'appendicite haute ;

— *mais ici il suffit de le découvrir pour mesurer toute sa valeur lésionnelle.*

Le point critique c'est que *si l'on opère toujours* — ce qui en principe devrait suffire, étant donné que l'exploration est systématique — *pratiquement on ne trouve pas toujours*.

L'accolement duodénal à la paroi postérieure ou la situation intra-pancréatique peuvent entraîner la méconnaissance de la lésion d'un diverticule. Dans la laparotomie d'urgence, sur un sujet non préparé, sans aucun repère radiologique précis, sans aucune orientation étiologique suffisante, on conçoit qu'on ne s'acharne pas toujours à des recherches acrobatiques qui découvriraient une fois une indiscutable lésion, et combien d'autres exposeraient vainement le malade à de graves suites opératoires. Il peut donc arriver qu'on ignore un foyer d'origine si peu courante, et que même si l'on y pense par principe, on hésite à exécuter les manœuvres importantes d'extériorisation pour une hypothèse qui a beaucoup de chances d'être gratuite.

En négatif, l'équilibre de cet aspect défavorable du traitement chirurgical des diverticulites graves est assuré par le fait que la perforation en péritoine libre s'est toujours montrée mortelle et est certainement d'une extrême gravité : cette perforation, en effet, est souvent évidente puisqu'il s'agit

alors, dans la règle, d'un diverticule exposé du côté de la grande cavité et très vite découvert.

La perforation rétro-péritonéale, elle, est sûrement curable, mais à la condition qu'on intervienne avant que l'infection ait dépassé le cadre strictement local.

Il faut savoir que l'attention peut être attirée par *un œdème insolite, une infiltration en un point de la loge duodéno-pancréatique ou le long de son accolement pariétal.*

Dans l'ensemble :

puisque'il n'y a rien qui puisse par avance autoriser à affirmer la valeur pathologique d'un diverticule du duodénum, on ne peut que présumer de son rôle en s'appuyant sur une notion de fréquence relative. Elle est pour lui assez faible, pour qu'on s'adresse d'abord à bien d'autres possibilités, tout en se réservant de l'adopter, faute de mieux. Si rarement qu'il soit pathologique, en effet, il peut l'être certainement, et une sélection méthodique peut conduire au maximum de brillants résultats, si l'on veut dépouiller avec soin un minimum de cas acceptables.

*
**

L'EPREUVE THERAPEUTIQUE

Elle doit être médicale, le plus possible et le plus longtemps possible.

Le traitement n'est alors nullement étiologique ; il se laisse guider par les symptômes et en cela, ne comporte aucune particularité remarquable.

Le régime alimentaire ne répond pas du tout à un type défini d'avance : certains aliments, pain, fruits, par exemple, sont mal tolérés par tel malade qui s'établit lui-même ses restrictions ; pour tel autre, toute élimination semblera inutile.

Il va sans dire que *cette action palliative* du traitement médical *dont il faut user au maximum, n'autorise aucune conclusion à partir de ses résultats sur la valeur pathologique du diverticule*. Son impuissance, devant une persistance et une intensité croissantes des troubles, figure *seulement* au rang des *indications du traitement chirurgical*. En pratique, il est rare qu'on y soit contraint.

La chirurgie, en effet, doit être ici la dernière tentative, le dernier espoir. Quand on a tout épuisé en vain, il faut supprimer le diverticule. C'est, à tout le moins, la meilleure attitude pour éviter les regrets d'un échec ou d'une suite fâcheuse qui ne peut être justifiée par la sévérité d'une évolution bien peu menaçante.

Nous rappellerons simplement à ce sujet :

— que la *meilleure intervention est la résection*, qu'on pratique exactement comme l'appendicectomie. C'est elle qu'il faut exécuter toutes les fois qu'on le peut ;

— qu'elle n'est à entreprendre que *si*, à l'ouverture, *on ne trouve aucune lésion sérieuse ailleurs*. Il est essentiel de le rechercher ;

— qu'elle ne doit, dans la règle, être compliquée d'*aucune autre intervention complémentaire*.

On peut toujours se demander s'il n'en sera pas de la diverticulotomie ce qu'il en a été, toutes proportions gardées, de la gastrectomie, par exemple :

naguère encore, lourde de pertes, l'effroi des opérateurs timorés — aujourd'hui, au prix de toute expérience, une intervention parfaitement réglée sans grande gravité par elle-même.

Mais peut-on raisonnablement soutenir que la technique est en cause dans l'exérèse diverticulaire qui répète en somme celle qu'on pratique dans l'appendicite à froid. *Le temps dangereux est*, pour les diverticules masqués, *l'extériorisation*. Ce

danger est lié aux rapports anatomiques — arcade colique, canaux pancréatiques, surtout — qui sont immuables; sans compter l'importance d'un choc opératoire lié, de son côté, à une immobilisation viscérale qui peut être impressionnante et inéluctable.

Sans nier le moins du monde sur ce terrain, comme sur tout autre, l'influence — ou, si l'on veut, le « progrès » — de l'avenir, on peut sans doute en attendre moins ici qu'ailleurs. Et puis, la rareté de l'authentique qualité pathologique du diverticule à travers les cas opérés, n'incite pas beaucoup à s'y acharner sans retard.



L'encadrement nosologique

DIVERTICULE ET DIVERTICULOSE

Après l'analyse, un effort de synthèse et de perspective pathologique.

Si l'on veut situer dans un cadre nosologique le diverticule duodénal, c'est dans celui de la diverticulose digestive qu'il faut le placer. Il en est une illustration, sans plus.

On trouve des diverticules tout le long du tractus digestif : œsophage, estomac, duodénum, grêle, colon, et même appendice (cliché de Sarazin) ; et la radiographie les a plus ou moins tirés de l'ombre en les révélant plus fréquents qu'on ne l'imaginait, ou en précisant sans risque leur dessin, leurs connexions. Partout, ce sont des *points faibles* de la paroi qui répondent à ces poches aberrantes, dont *l'existence n'est pas d'emblée pathologique*, mais qui PEUT, avec le temps, le devenir.

Dans l'ensemble, ces diverticules sont *d'autant plus petits qu'on descend*, dans le tube digestif, et *d'autant plus nombreux*.

Ainsi le *volumineux diverticule de pulsion œsophagien*, habituellement cervical, peut-il donner des signes cliniques appréciables et une dénutrition considérable. La *gêne mécanique* joue dans ses troubles un rôle de premier plan. La sténose œsophagienne par *compression* de plus en plus serrée entraîne l'inanition progressive, que des accidents infectieux peuvent ensuite accompagner.

Ce n'est pas par leur développement, mais *par la diverticulite* dont ils peuvent être atteints en milieu hyperseptique,

avec une assez médiocre vascularisation, que *les diverticules coliques, au contraire, deviennent gênants*. Cette diverticulite est parfois à l'origine de véritables tumeurs inflammatoires qui dépassent infiniment le minuscule point de départ et occasionnent secondairement des troubles du transit intestinal.

Ces deux types extrêmes de la diverticulose digestive sont les plus frappants, les mieux connus. *Les autres sont plus incertains* dans leur valeur pathologique générale.

Or, le diverticule duodénal a fait couler beaucoup d'encre, tandis que le diverticule du grêle reste toujours « latent ». Au fond, si le dépistage radiologique était pour celui-ci plus facile, et qu'on ait ainsi l'occasion de s'y attaquer — avec un peu de recul — serait-il tellement différent dans la littérature médicale de celui du duodénum ?

Lorsqu'on observe un syndrome entéritique, on renonce d'avance à lui trouver une origine bien localisée dans la majorité des cas. L'examen radiologique du détail des parois jéjuno-iléales ne peut pas être très poussé — on ne peut pas « prendre en main » le grêle — il se dérobe. Il est insaisissable. Tant qu'il n'y a pas occlusion ou réaction péritonéale, on le réserve, ce qui n'est probablement pas un mal, au domaine médical qui l'accueille avec une précision étiologique laborieuse et fragile.

Au contraire, un syndrome du carrefour prête à une exploration paraclinique beaucoup plus nette, beaucoup plus accessible, beaucoup moins incomplète. Le diverticule duodénal en a été *bénéficiaire, mais surfait par des conclusions un peu hâtives*.

Tout compte fait

NOS CONCLUSIONS

Le diverticule duodénal

— est un cas particulier de la diverticulose digestive. Il tire de son siège, comme les autres diverticules, quelques singularités.

— De tous les diverticules de même nature, c'est celui qui peut donner sans doute les plus impressionnantes hémorragies. *Il partage en cela la destinée de la muqueuse duodénale.*

— La diverticulite anatomiquement évidente y est tout à fait exceptionnelle, et très grave d'emblée dans la règle. Elle est peut-être plus fréquente sous une forme légère, transitoire, et bénigne; mais il est impossible de le dire, *faute de lésions vérifiées.*

— Tout aussi impossible de soulever le diagnostic clinique de diverticule *faute de signes propres*: tous d'emprunt.

— Ce qu'il y a chez lui de plus constant, de plus évocateur, c'est *son dessin anatomique sous forme d'image radiologique.* C'est elle qui a poussé à en exagérer l'importance pathologique.

Il est beaucoup plus souvent une coexistence sans morbidité qu'un fauteur de troubles — *une manière d'être qu'une maladie.*

On ne peut dire qu'il est pathologique que dans les cas où sa résection suffit, à elle seule, à produire la suppression durable et complète de troubles qui ont poussé à l'intervention.

En somme :

IL N'Y A QU'UN SIGNE PROPRE AU DIVERTICULE : L'IMAGE RADIOLOGIQUE, DE MEME QU'IL N'Y A QU'UNE PREUVE DE LA MALADIE DU DIVERTICULE : LA GUERISON DE LA MALADIE PAR LA SUPPRESSION DU DIVERTICULE.

Il est certain, en s'appuyant sur ce critère qu'il a une pathologie. Elle est rare, et rarement inquiétante.

Aussi, comme il ne faut pas en sous-estimer les difficultés et les aléas, *l'extirpation chirurgicale*, pour excellente qu'elle soit à l'occasion, *ne doit-elle être décidée que :*

- *sur un échec complet du traitement médical,*
- *lorsqu'il n'y a pas d'association pathologique,*
- *ou lorsque cette fréquente association a été vainement traitée.*

L'écueil vient de ce que la sécurité absolue de l'indication n'existe jamais. Il faut se contenter d'une PROBABILITÉ LOGIQUE. Il peut être utile et légitime de *considérer* le diverticule *comme* pathologique lorsqu'on ne trouve rien d'autre pour expliquer des troubles graves et persistants, quoi qu'on fasse ailleurs.

Il faut décidément abandonner la trop facile tendance de mettre sur le compte du diverticule tous les troubles du carrefour sous-hépatique ou de son voisinage, chez le sujet qui en est porteur. Le négliger toujours est une faute — le prendre au sérieux sans une critique sévère est une erreur

également inadmissible. Le détail de ses limites est encore imprécis. Trop brève est l'expérience acquise. L'ordre de grandeur est cependant fixé :

étroite est l'échappée qui lui est laissée sur l'horizon pathologique.

VU : *Le Doyen*,
A. BAUDOUIN.

VU : *Le Président de Thèse*,
LOEPER.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Directeur de l'Ecole Normale Supérieure
chargé des fonctions de Recteur
de l'Académie de Paris,
CARCOPINO.

EPILOGUE

D'abord, ne pas nuire.

Le dernier mot est loin d'être dit. Le diverticule duodénal peut renaître. « Il n'y a pas de sujet sans intérêt, il n'existe que des gens qui n'y prennent pas intérêt. »

Ne serait-ce que sa coexistence avec le cancer, par exemple, pancréatique ou jéjunal, qu'elle peut susciter des recherches profitables.

Mais lorsque la conception des faits a des conséquences pratiques, il est plus urgent de juger les résultats de l'action que la valeur des idées.

On peut toujours admettre que le diverticule est dans la règle pathologique — à sa façon. On n'a plus le droit, avec le si peu qu'on en sait, d'en décider l'extirpation à la légère.

ON PEUT TOUJOURS L'ENLEVER était l'adage d'hier.

ON PEUT TOUJOURS ATTENDRE est celui d'aujourd'hui .

C'est à l'abri de cette précieuse sagesse que la recherche peut continuer.

BIBLIOGRAPHIE

C'est à la thèse de Mialaret que nous renvoyons pour les travaux et publications *antérieures à 1936*. Dans une table très complète, il rassemble plus de quatre cents auteurs.

Jacques Mialaret, Thèse Paris 1936 :

Les diverticules du duodénum, étude critique de leurs manifestations cliniques et de leur traitement chirurgical.

Nous ajoutons à cette liste les textes français et étrangers parus jusqu'au début de 1940.

1936

ABGAROV. — Diagnostic radiol. d'un diverticule cong. du duod.

(*Vest. Rentg.*, t. XVI, p. 174.)

ARSELIN (F.). — Quelques observations de diverticule sur le duodénum.

(*Bull. Soc. Radiol. Méd. France*, t. XXVI, p. 469.)

BELLOT, PUYANBERT et CHOFFAT. — A propos des divert. duod.

(*Idem*, t. XXIV, p. 139.)

DE BERTRAND, PIBRAC et JACOTAT. — Les diverticules de la deuxième portion du duodénum.

(*Idem*, t. XXIV.)

BELOTSERKOVSKY (V.-M.). — Div. du duod.

(*Ter. Arkh.*, t. XIV, p. 778.)

CARAYANNOPOULOS (G.). — Sur un cas de div. de la troisième portion du duod. opéré.

(*Mém. Acad. Chir. Paris*, t. 62, p. 1.388.)

CASTAY (F.). — Div. vrai de la troisième port. du duod.

(*Bull. Soc. Méd. Milit. Franc.*, t. 30, p. 155.)

— Enorme div. probable du duod.

(*Idem*.)

(Ces deux articles ont également paru dans le *Bull. Soc. Radiol. Franç.*)

CHRISTIDIE. — Div. de la quatrième portion du duod. réséqué et guéri.

(*Lyon Chir.*, t. 33, p. 566.)

- CELICE (J.) et PARROT-MANSON. — Les types histol. des div. du duod. et leur pathog.
(*Paris Médical*, t. 99, p. 42.)
- DEMOLE (M.). — La diverticulite, expression clinique rare du div. duod.
(*Arch. Mal. App. Dig.*, t. 26, p. 193.)
- FINSTERER. — Pathol. et trait. du div. duod.
(*Méd. klin. Berl.*, t. 32, p. 243.)
- FLETCHER (H.-N.) et CASTELDEN. — Trois cas de div. duod. guéris par l'interv.
(*British Chir.*, t. 23, p. 776.)
- GOLDMANN (M.) et KOCHANOWSKI (J.). — Aspect radiol. et trait. du div. duod.
(*Polski. Przegl. Radjol.*, t. X et XI, p. 183 et 223.)
- MUSTAKLLIOS. — A propos des div. du duod.
(*Act. Soc. Méd. Duodecim.*, t. 22, Serb. I, fasc. 2, n° 5.)
- PEPER (M.). — Contribution à l'étude du div. duod.
(*Arch. Ital. anat. Pathol.*, t. 16 (supplément), p. 305.)
- SANTY (P.). — Div. du duod.
(*Lyon Chir.*, t. 33, p. 498.)
- SHEA. — A case of intraduodenal fold with a intraduodenal diverticulum.
(*Irish, J. M.*, Ser. 6, p. 649.)
- SMITH (W.). — Div. de la troisième portion du duod.
(*South. West. Med.*, t. 20, p. 130.)
- STEUER (K.). — Zur klinischen beduetung der duodenaldivertikel.
(*Klin. Wschr.*, t. 15, p. 491.)
- Eine gallenblasen duodenalfistel mit duodenal divertikel.
(*Röntgenpraxis*, t. 8, p. 818.)
- TORRACA. — Un cas de div. para-ulcéreux de la première portion du duod.
(*Riv. Chir. Nap.*, t. 2, p. 545.)
- UNGER (A.-S.) et POPPEL (M.-H.). — Div. du duod.
(*Radiol.*, t. 26, p. 601.)
- WAGNER (J.-J.). — Div. hémorragiques du gros intestin.
(*Thèse Paris* 1936, n° 299.)

1937

- ALBERS (H.). — Résultats opératoires dans le div. duod.
(*D. Med. Wschr.*, t. 63, p. 1.111.)
- BEALS (J.-A.). — Duodenal diverticula.
- BJELOZERKOWSKY (W.-M.). — Über die Divertikel der Zwölffingerdarmes.
(*Zbl. Chir.*, t. 64, p. 735.)

- BRODERSEN (H.). — La place du div. dans le radio-dg.
(*Med. Klin. Berl.*, t. 33, p. 266.)
- DONATI (M.). — Contr. à l'étude du div. du genu inferius.
(*Riforma Med.*, t. 53, p. 599.)
- FRIEDLEANDER (G.). — Div. duodénal.
(*British J. Radiol.*, t. 10, p. 26.)
- GALAVOTTI (R.). — Sui diverticoli del duodenal.
(*Clinica Bologna*, t. 3, p. 585.)
- KAISER (R.). — Beitrag zur differential diagnose echeter und unechter duodenal divertikel.
(*Röntgenpraxis*, t. 9, p. 538.)
- LEDOUX-LEBARD (G.). — Les div. du duod.
(*Méd. Paris*, t. 18, p. 533.)
- LUST (F.-J.). — Div. multiples de la première portion du duod.
(*Radiology*, t. 28, p. 620.)
- MIALARET (J.). — Les diverticules du duodénum.
(*Jour. Chir. Paris*, t. 49, p. 366.)
- MELVILLE (A.-G.-G.). — A case of absence of the gallblader and duodenal diverticulosis.
(*Act. Radio. Stock.*, t. 18, p. 65.)
- POPESCU (I.-M.). — Contr. à l'étude du div. duod.
(*Chir. Méd.*, t. 18, p. 63.)
- RATTI (A.). — Div. duod.
(*Rass. Intern. clin.*, ter. 18, p. 942.)
- RIBENSKY (A.-D.). — Div. du duod. et ses complications.
(*Vrach. Delo*, t. 19, p. 27)
- VACHER, COLLONET et GLEIZE-RAMBAL (L.). — Div. duod.
(*Bull. Soc. Radiol. Méd. Franc.*, t. 25, p. 46.)

1938

- ABEL (W.). — Pathol. et trait. du div. duod.
(*Chir.*, t. 10, p. 149.)
- BETTO (O.-I.). — Div. du duod.
(*Riv. Chir. Napolit.*, t. 4, p. 282.)
- BLAVER (J.-L.). — Perforation aiguë d'un div. duod.
(*Ann. Chir.*, t. 108, p. 153.)
- CATHALA (J.). — Un cas d'ulcère duod. chez l'enfant. Problème posé par la coexistence d'un div.
(*Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, t. 54, p. 1.778.)
- CASSOU. — A propos de deux cas de div. essentiels.
(*Bull. Soc. Radiol. Méd. Franç.*, t. 26, p. 473.)
- DURANTE (L.). — Trois interv. chirurg. de div. duod.
(*Arch. Ital. de Chir.*, t. 51, p. 772.)

- DENKER (I.-H.). — Diverticule duodénal.
(*Türk. tib. Cem. Mec.*, t. 4, p. 362.)
- ESTÈVE. — Gros div. de la 2^e portion du duod. Opacification de la portion terminale du cholédoque par atonie et refoulement.
(*Gaz. Méd. Franç.*, t. 45 (Radiologie), p. 481.)
- GASMANN (P.) et GRÉVILLOT. — Un cas de div. duod.
(*Bull. Soc. Radiol. France*, t. 26, p. 21.)
- GIRAUD (M.) et DUFOUR (P.). — Le diagn. radiol. du div. duod.
(*Idem*, t. 26, p. 464.)
- GUTHRIE (D.) et BROWN (M.-J.). — Div. du tube dig. supérieur duod. et jéjunum.
(*Ann. J. Chir.*, t. 40, p. 128.)
- HUARD (P.). — Dissection de deux divert. du duod.
(*Ann. anat. Pathol. Paris*, t. 15, p. 549.)
- JUTRAS et GARON. — Etude clin. et radiol. du duod.
(*Journ. de l'Hôtel-Dieu, de Montréal*, t. 7, p. 380.)
- KUWAHARA (A.). — Ein fall von divertikeln der duodenum.
(*Arch. Japon. Chir.*, t. 15, p. 203.)
- LEBRETON. — Div. de la 4^e portion avec inversion du cadre duodén.
(*Bull. Soc. Radiol. Méd. Franç.*, t. 26, p. 583.)
- MARINESCU (R.). — Div. du duod.
(*Rev. San. Mil. Bucuresti*, t. 37, p. 475.)
- MATYAS (M.). — Zwei fall von duodenal divertikel.
(*Zentralblatt chir.*, t. 65, p. 184.)
- MENDILLO (A.-J.) et KOUFMAN (W.-B.). — Un cas de div. et de cancer du duod.
(*N. England J. M.*, t. 219, p. 432.)
- PRIANI (P.). — Faux div. du duod. de la 2^e portion, probablement lié à une ablation de vésicule lithiasique. Dg radiol. Interv. Guérison.
(*Bull. Soc. Chir. Buenos-Ayres*, t. 22, p. 258.)
- RENAUDEAUX (M.). — Div. multiples du duod. et du grêle.
(*Bull. Soc. Radiol. Méd. Franç.*, t. 26, p. 387.)
- SALVADORI PALEOTTI. — Etude clin. du div. duod.
(*Quaderni radiol.*, t. 3, p. 136.)
- SPEIDEL (P.). — Zur Klinik der duodenaldivertikelerkrankung.
(*Med. Klin. Berl.*, t. 34, p. 706.)
- VHEELER (D.). — Div. duod.
(*Canad. Med. Ass. J.*, t. 39, p. 214.)

1939

- ALESEN (L.-A.). — Div. duod.
(*Med. Rec.*, t. 149, p. 261.)
- VON AVANSINI. — Quelques div. duod. et div. en général.
(*Deutsche. Ztschr. f. Chir.*, t. 252, p. 529.)

- BOLAND (J.-R.). — Perforation aiguë d'un div. duod.
(*J. Surgery J.*, t. 6, p. 65.)
- BARSAN. — Div. du bulbe duod.
(*Chir. Med.*, t. 20, p. 387.)
- CALLANDRY (L.). — Ulcus de la 2^e portion du duod.
(*Thèse Paris*, n° 785.)
- CHAUVENET (A.). — Div. duod. Ampoule de Vater anormale. Un cas diff.
(*Mém. Acad. Chir.*, t. 65, p. 305.)
- DESSENCE (G.). — Diverticules gastriques.
(*Thèse Paris*, n° 1242.)
- GRÉGOIRE (R.). — Un cas de div. compliqué.
(*Arch. Mal. Ap. dig.*, t. 29, p. 701.)
- HELINER (H.). — Div. duod.
(*Zentralbl. f. Chir.*, t. 66, p. 1034.)
- LAHEY (F.-H.). — Div. guéri.
(*Chir. Bull.*, t. I, p. 23.)
- LAMARQUE BÉTOULIÈRES et ROQUES. — Div. duod.
(*Bull. Soc. Radiol. Méd. Franç.*, juin 1939.)
- MENDONCA (S.) et ROCHA (M.). — Anomalies congénitales du tube dig. Mégaoesophage et énorme div. duod.
(*Brésil. Med.*, t. 53, p. 915.)
- NOVARRO BASABE et BORDO. — Div. colique, div. duod. et bronchectasie. Un cas.
(*Rev. Med. afines*, t. I, p. 7.)
- QUIST-HANSEN. — Div. duod.
(*Nord Médical* (Med. Rev. Bergen).)
- TANNER (T.) et BENIANS. — Div. congénit. du duod.
(*Lancet*, t. 2, p. 1117.)
- TEMOL. — Div. duod.
(*Turk. Tib. Cem. Mec.*, t. 5, p. 119.)
- VARELA FUENTES et VIANA GUIRIA. — Etude clin. et radiol. du div. duod.
(*Arch. Uruguay Med. Chir.*, juin 1939.)
dont nous rapprochons:
- BOCCIA (D.) et BANAFINA (M.). — Trois cas de div. duod.
(*Presse Med. Argentina*, t. 27, p. 39, en date du 3 janvier 1940.)

TABLE DES MATIÈRES

	pages.
PROLOGUE	17
GÉNÉRALITÉS (Historique — Anatomique — Origine)	19
TROIS CAS INÉDITS	35
PATHOLOGIE {	
Hémorragies — exemple	59
Clinique — l'emprunt	52
Complications : <i>effectives</i>	66
<i>non démontrées</i>	71
Diverticulités graves	74
Notions dominantes	49
RADIOLOGIE — Ce qu'elle peut donner	77
DIAGNOSTIC — Ses problèmes, ses éléments	89
CADRE NOSOLOGIQUE	101
CONCLUSIONS	105
EPILOGUE	111
BIBLIOGRAPHIE	113

IMPRIMERIE SPECIALE DE LA LIBRAIRIE ARNETTE
